



Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN TN. M DENGAN
STROKE NON HEMORAGIK DI RUANG NEUROLOGI
KAMAR 1102 DI RSUD KOJA
JAKARTA UTARA**

YULIA KARTIKA RAHMAWATI

2011115

**PRODI DIPLOMA TIGA KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN RS HUSADA
JAKARTA, 2023**



Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN TN. M DENGAN
STROKE NON HEMORAGIK DI RUANG NEUROLOGI
KAMAR 1102 DI RSUD KOJA
JAKARTA UTARA**

Laporan Tugas Akhir

**Diajukan sebagai persyaratan dalam menyelesaikan
pendidikan Diploma Tiga Keperawatan**

Yulia Kartika Rahmawati

2011115

**PRODI DIPLOMA TIGA KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN RS HUSADA**

Jakarta, 2023

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

**Laporan Tugas Akhir ini adalah hasil karya sendiri,
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk
telah saya nyatakan dengan benar.**

Nama : Yulia Kartika Rahmawati

NIM : 2011115

Tanda Tangan : 

Tanggal : 13 Juni 2023

LEMBAR PENGESAHAN

**Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn. M Dengan
Stroke Non Hemoragik Di Ruang Neurologi
Kamar 1102 Di Rsud Koja
Jakarta Utara**

Pembimbing

Ns. Nia Rosliany, M.Kep., Sp.Kep. MB

Penguji I

(Ns. Ulfa Nur Rohma, M.Kep)

Penguji II

(Ns. Hardin La Ramba, S.Kep., M.Biomed)

Menyetujui

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada,

(Ellynia, S.E., M.M)

Ketua

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya, penulis-penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini. Yang berjudul “Asuhan Keperawatan pada Tn. M dengan *Stroke Non Hemoragik* di Ruang Neurologi Lantai 11 Kamar 1102 RSUD Koja Jakarta”. Penulisan Tugas Akhir ini dilakukan dalam rangka memenuhi persyaratan untuk menyelesaikan pendidikan Diploma Tiga Keperawatan di STIKes RS Husada. Penulis menyadari bahwa, tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, dari masa perkuliahan sampai pada penyusunan Laporan Tugas Akhir ini, sangat sulit bagi penulis untuk menyelesaikan Tugas Akhir ini. Oleh karena itu, penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. Ellynia, S.E.,M.M selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada Jakarta
2. Dr.Ida Bagus Nyoman Banjar, MKM selaku Direktur Umum RSUD Koja Jakarta Utara
3. Ns. Nia Rosliany, M.Kep., Sp.Kep.MB selaku dosen pembimbing yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk mengarahkan penulis dalam penyusunan Karya Tulis ilmiah ini.
4. Ns. Ulfa Nur Rohmah, M.Kep selaku penguji I dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini.
5. Ns. Hardin La Ramba, S.Kep.,M.Biomed selaku penguji II dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini.

6. Tn. M dan keluarga sudah bersedia meluangkan waktunya dan sudah memberikan data-data yang diperlukan oleh penulis.
7. Staf pendidikan yang telah banyak membantu dan memberi bimbingan selama menjalin pendidikan serta memberikan saya motivasi
8. Kepala ruangan neurologi dan para perawat yang telah memberikan bimbingan selama praktik di ruangan neurologi.
9. Kepada orang tua saya Bapak Wagiyanto, Ibu Hartati, dan kakak-kakak saya yang telah memberikan bantuan material dan moral, selalu memberikan motivasi, serta tidak pernah lelah memberikan dukungan dan kasih sayang kepada penulis sehingga mampu menyelesaikan pendidikan Diploma Tiga Keperawatan.
10. Kepada sahabat saya yang telah memberikan dukungan, motivasi dan tempat untuk penulis berkeluh kesah (Nabilah Trimeylan Lady, Amanah Tri Cahyani, Muhammad Armansyah, Rika Maharani) sehingga penulis mampu menyelesaikan pendidikan Diploma Tiga Keperawatan.
11. Sahabat seperjuangan di STIKes RS Husada yang sudah berjuang bersama-sama selama tiga tahun ini yang telah memberikan dukungan dan motivasi (Dea Aditya Paramita, Andini Novitasari, Subagyo, Faisal Hamdani, Joan Prasetio, Roven Ariska Saputra).
12. Teman-teman seperjuangan di tim Keperawatan Medikal Bedah dan kelompok 3 ruangan neurologi dalam Subagyo, Tasya, Chelin, dan Devintha yang telah saling membantu selama masa dinas.
13. Teman-teman angkatan 33 yang selama tiga tahun telah berjuang bersama-sama, terutama kelas C terima kasih atas kebersamaan dan bantuannya.

Akhir kata penulis berharap Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga Karya Tulis Ilmiah ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu.

Jakarta, 13 Juni 2023

Penulis

(Yulia Kartika Rahmawati)

DAFTAR ISI

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR LAMPIRAN.....	ix
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan	3
C. Ruang Lingkup.....	4
D. Metode Penulisan.....	5
E. Sistematika Penulisan	5
BAB II TINJAUAN TEORI	6
A. Pengertian.....	6
B. Patofisiologi	8
C. Penatalaksanaan	17
D. Pengkajian Keperawatan.....	19
E. Diagnosa Keperawatan.....	31
F. Perencanaan Keperawatan	32
G. Penatalaksanaan Keperawatan	38
H. Evaluasi Keperawatan.....	41
BAB III TINJAUAN KASUS.....	42
A. Pengkajian.....	42
B. Diagnosa keperawatan	59
C. Perencanaan, Pelaksanaan, dan Evaluasi Keperawatan	59

BAB IV TINJAUAN PUSTAKA	78
A. Pengkajian Keperawatan	78
B. Diagnosa Keperawatan.....	83
C. Perencanaan Keperawatan	86
D. Pelaksanaan Keperawatan.....	87
E. Evaluasi Keperawatan.....	89
BAB V PENUTUP.....	91
A. Kesimpulan	91
B. Saran.....	93
DAFTAR PUSTAKA	95

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Pathway	97
Lampiran 2 Analisa Obat	98
Lampiran 3 Lembar Konsultasi.....	105

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Stroke merupakan masalah yang universal sebagai salah satu pembunuh di dunia, sedangkan di negara maju maupun berkembang seperti di Indonesia, stroke memiliki angka kecacatan dan kematian yang cukup tinggi. Angka kejadian stroke di dunia di perkirakan 200 per100.000 penduduk dalam setahun (Padila, 2019). Stroke dapat menyerang otak secara mendadak dan berkembang cepat yang berlangsung lebih dari 24 jam ini disebabkan oleh iskemik maupun hemoragik di otak sehingga pada keadaan tersebut suplai oksigen ke otak terganggu dan dapat mempengaruhi kinerja saraf di otak, yang dapat menyebabkan penurunan kesadaran. Penyakit stroke kadang-kadang disertai dengan adanya peningkatan tekanan intrakranial (TIK) yang ditandai dengan nyeri kepala dan mengalami penurunan kesadaran. Secara global, 20% aliran darah dari curah jantung akan masuk ke serebral permenit per 100 gram jaringan otak, apabila otak mengalami penurunan kesadaran, penderita stroke non hemoragik dapat menyebabkan ketidakefektifan perfusi jaringan serebral, yang apabila tidak ditangani maka akan meningkatkan tekanan intrakranial dan menyebabkan kematian (Ignatavicius et al., 2020; Lewis et al., 2017).

World Health Organization (WHO) menyatakan bahwa sebanyak 20,5 juta jiwa di dunia 85% mengalami stroke iskemik dari jumlah stroke yang

ada. Penyakit hipertensi menyumbangkan 17,5 juta kasus stroke di dunia. Berdasarkan prevalensi stroke Indonesia 10,9 permil setiap tahunnya terjadi 567.000 penduduk yang terkena stroke, dan sekitar 25% atau 320.000 orang meninggal jakarta kasusnya stroke mencapai 42,5 % dari total keluhan gangguan kesehatan, melonjak menjadi 72,5%, pada tahun 2017 (Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, 2018). Data yang penulis dapatkam dari rekam medis RSUD Koja pada periode bulan Januari 2022 sampai Januari 2023 dilaporkan penderita stroke non hemoragik yang dirawat di RSUD Koja sebanyak 127 orang atau 0,42% dari seluruh pasien yang dirawat di RSUD Koja pada periode tersebut.

Stroke non hemoragik terjadi karena adanya penyumbatan pada pembuluh darah ke otak. Sumbatan ini disebabkan karena adanya penebalan dinding pembuluh darah yang disebut dengan aterosklerosis dan tersumbatnya darah dalam otak oleh emboli yaitu bekuan darah yang berasal dari thrombus di jantung. Stroke non hemoragik mengakibatkan beberapa masalah yang muncul, seperti gangguan menelan (kesulitan dalam menelan makanan atau saat minum), nyeri akut (rasa nyeri yang terjadi secara mendadak dan dalam jangka waktu pendek), hambatan mobilitas fisik (tidak dapat bergerak bebas karena kondisi yang mengganggu pergerakan saat beraktivitas), hambatan komunikasi verbal (hambatan dalam berkomunikasi atau artikulasi yang kurang jelas), defisit perawatan diri (keadaan seseorang mengalami kelainan dalam kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas kehidupan), ketidakseimbangan nutrisi (asupan nutrisi yang tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolik) (Smeltzer & Bare, 2017).

Peran perawat sebagai anggota tim kesehatan yaitu memberikan asuhan keperawatan pada klien dengan penyakit stroke non hemoragik yang meliputi peran promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitas. Upaya promotif perawat berperan untuk memberikan pendidikan kesehatan yang berupa pengertian, penyebab, tanda dan gejala dari penyakit sehingga dapat mencegah bertambahnya jumlah pasien. Upaya preventif, perawat memberikan pendidikan kesehatan mengenai cara-cara pencegahan agar klien tidak terpapar penyakit dengan membiasakan pola hidup sehat. Peran perawat dalam upaya kuratif memberikan tindakan keperawatan sesuai dengan masalah dan respon klien terhadap penyakit yang dialami. Lalu untuk peran perawat dalam upaya rehabilitatif terutama pada klien pasca stroke. Hal ini untuk mencegah stroke berulang, yang dapat memperburuk kondisi klien pasca stroke dan meminimalkan kecacatan. Pasca stroke biasanya klien memerlukan rehabilitasi seperti terapi fisik, terapi wicara, terapi okupasi (Budiono et al., 2015).

Berdasarkan latar belakang tersebut menjadi hal yang penting bagi penulis untuk mengetahui bagaimana memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan stroke non hemoragik dengan pendekatan proses keperawatan dan dilaporkan dalam bentuk karya tulis ilmiah.

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Dapat memperolehnya pengalaman nyata dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan stroke non hemoragik

2. Tujuan Khusus

- a. Mampu melakukan pengkajian pada pasien dengan penyakit Stroke Non Hemoragik
- b. Mampu menentukan masalah keperawatan pasien dengan penyakit Stroke Non Hemoragik
- c. Mampu merencanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan penyakit Stroke Non Hemoragik
- d. Mampu melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan penyakit Stroke Non Hemoragik
- e. Mampu melakukan evaluasi keperawatan pada pasien dengan penyakit Stroke Non Hemoragik
- f. Mampu mengidentifikasi kesenjangan yang terdapat antara teori dan praktik pada pasien dengan Stroke Non Hemoragik
- g. Mampu mengidentifikasi factor-faktor pendukung, penghambat, serta mencari solusi / alternatif pemecahan masalah pada pasien dengan penyakit Stroke Non Hemoragik
- h. Mampu mendokumentasi asuhan keperawatan pada pasien dengan penyakit Stroke Non Hemoragik

C. Ruang Lingkup

Dalam penyusunan Karya Ilmiah ini penulis hanya membahas satu kasus yaitu “Asuhan keperawatan Pada pasien Tn. M dengan Stroke Non Hemoragik kamar 1102 Ruang Neurologi Lantai 11 Di RSUD Koja Jakarta” dari tanggal 15 Maret sampai dengan 17 Maret 2023.

D. Metode Penulisan

Metode dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini penulis menggunakan metode deskriptif, metode studi dokumentasi dan metode kepustakaan. Metode deskriptif merupakan suatu metode yang berkaitan dengan pengumpulan data, sehingga memberikan informasi yang berguna. Selain itu menggunakan cara lain dengan melakukan wawancara dan meminta penjelasan pada pihak keluarga tentang objek yang akan diteliti dalam hal ini mengenai Stroke Non Hemoragik. Adapun dengan cara studi dokumentasi yaitu mengumpulkan data dari rekam medis yang berkaitan dengan penyakit dan juga studi kepustakaan yaitu dengan cara membaca dan mempelajari dari buku dari sumber yang berhubungan dengan penyakit pasien.

E. Sistematika Penulisan

Adapun penulisan karya ilmiah ini disusun menjadi lima BAB yaitu, BAB I Pendahuluan terdiri dari latar belakang, tujuan, ruang lingkup, metode penulisan dan sistematika penulisan. BAB II Tinjauan Teori terdiri dari pengertian, patofisiologi, penatalaksanaan, pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, evaluasi keperawatan. BAB III Tinjauan Kasus terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi. BAB IV Pembahasan terdiri dari pembahasan kesenjangan antara teori dan kasus serta faktor pendukung dan penghambat. Selanjutnya ada BAB V Penutup yang terdiri dari kesimpulan dan saran.

BAB II TINJAUAN TEORI

A. Pengertian

Stroke non hemoragik yaitu tersumbatnya pembuluh darah yang menyebabkan aliran darah ke otak sebagian atau keseluruhan terhenti. Tidak terjadi perdarahan namun terjadi iskemia yang menimbulkan hipoksia dan selanjutnya dapat timbul edema sekunder (Andra & Yessie, 2015). Stroke non hemoragik adalah tanda klinis disfungsi atau kerusakan jaringan otak yang disebabkan kurangnya aliran darah ke otak sehingga mengganggu kebutuhan darah dan oksigen di jaringan otak. Stroke non- hemoragik dapat disebabkan oleh trombosis dan emboli, sekitar 80-85% penderita penyakit stroke non-hemoragik dan 20% persen sisanya adalah stroke hemoragik yang dapat disebabkan oleh pendarahan intraserebrum hipertensi dan perdarahan subarachnoid (Bachrudin & Najib, 2016).

Klasifikasi

a. Stroke iskemik transien (*Transient ischemic attack / TIA*)

Stroke ini biasa disebut dengan stroke kecil, dimana stroke yang terjadi pada periode singkat iskemik serebral terlokalisasi yang menyebabkan defisit neurologis yang berlangsung selama kurang dari 24 jam. TIA disebabkan karena gangguan inflamasi arteri, anemia sel sabit, perubahan aterosklerosis pada arteri karotis dan serebral, trombosis, serta emboli.

Manifestasi neurologis TIA beragam berdasarkan lokasi dan ukuran pembuluh serebral yang terkena dan memiliki awitan tiba-tiba. Biasanya terjadi defisit meliputi kebas kontralateral atau kelemahan tungkai, tangan, lengan bawah dan pusat mulut, afasia dan gangguan penglihatan buram serta fugaks amaurosis (kebutaan yang cepat pada satu mata) (Winkelman, 2016).

b. Stroke pembuluh darah besar (*trombolisis*)

Stroke trombotik adalah tipe stroke yang paling umum, dimana sering dikaitkan dengan aterosklerosis dan menyebabkan penyempitan lumen arteri, sehingga menyebabkan gangguan masuknya darah yang menuju ke bagian otak (Lewis et al., 2017).

c. *Reversible Ischemic Neurological Deficit* (RIND)

Tanda dan gejala gangguan persarafan yang berlangsung dalam waktu yang lama lama. Kondisi RIND dan TIA mempunyai kesamaan, hanya saja RIND berlangsung maksimal 1 minggu (7 hari) dan kemudian pulih kembali (dalam jangka waktu 3 minggu) serta tidak meninggalkan gejala sisa (Ignatavicius et al., 2020).

d. Stroke embolik kardiogenik

Stroke ini terjadi ketika bekuan darah dari fibrilasi atrial, trombi ventrikel, infark miokard, penyakit jantung kongesti, atau plak aterosklerosis masuk sistem sirkulasi dan menjadi tersumbat pada pembuluh serebral terlalu sempit untuk memungkinkan gerakan lebih lanjut. Pembuluh darah kemudian mengalami oklusi (Lewis et al., 2017).

e. *Complete stroke*

Suatu gangguan pembuluh darah pada otak yang menyebabkan defisit neurologis yang berlangsung lebih dalam waktu 24 jam. Stroke ini akan meninggalkan gejala sisa (Wilkins & Williams, 2012).

f. *Progresif stroke (Stroke in Evolution)*

Gejala gangguan neurologis yang progresif dalam waktu enam jam atau lebih. Stroke jenis ini merupakan stroke dimana penentuan prognosisnya terberat dan sulit. Hal ini disebabkan kondisi pasien yang cenderung labil, berubah-ubah dan dapat mengarah ke kondisi yang lebih buruk (Smeltzer & Bare, 2017).

B. Patofisiologi

Stroke non hemoragik terjadi karena tersumbatnya pembuluh darah yang menyebabkan aliran darah ke otak sebagian atau keseluruhan terhenti. Hal ini disebabkan oleh aterosklerosis yaitu penumpukan kolesterol pada dinding pembuluh darah atau bekuan darah yang telah menyumbat suatu pembuluh darah ke otak (LeMone et al., 2016).

Stroke non hemoragik terjadi pada pembuluh darah yang mengalami sumbatan sehingga menyebabkan berkurangnya aliran darah pada jaringan otak. Sumbatan tersebut dapat disebabkan oleh serebral yang timbul akibat pembentukan plak sehingga terjadi penyempitan pembuluh darah yang dikarenakan oleh penyakit jantung, diabetes, obesitas, kolesterol, merokok, stress, gaya hidup, rusak atau hancurnya neuron motorik atas (*upper motor neuron*) dan hipertensi (Lewis, Dirksen, Helt, 2017).

Stroke adalah penyakit yang disebabkan oleh banyak faktor atau yang sering disebut multifaktor. Faktor resiko yang berhubungan dengan kejadian stroke dibagi menjadi dua, yaitu faktor resiko yang tidak dapat dikendalikan (*non-modifiable risk factors*) seperti umur, jenis kelamin, ras, dan factor genetic, sedangkan faktor resiko yang dapat dikendalikan (*modifiable risk factors*) seperti seperti hipertensi, diabetes melitus, kenaikan kadar kolestrol atau lemak darah, obesitas, kebiasaan mengkonsumsi alcohol, aktivitas fisik, merokok (Black & Hawks, 2014).

Factor resiko pertama yang tidak dapat dikendalikan adalah umur. Semakin bertambah tua usia, semakin tinggi risikonya. Setelah berusia 55 tahun, risikonya berlipat ganda setiap kurun waktu sepuluh tahun. Dua pertiga dari semua serangan stroke terjadi pada orang yang berusia di atas 65 tahun. Tetapi, itu tidak berarti bahwa stroke hanya terjadi pada orang lanjut usia karena stroke dapat menyerang semua kelompok dewasa muda dan tidak memandang jenis kelamin.

Factor resiko kedua yang tidak dapat dikendalikan adalah jenis kelamin. Pria lebih berisiko terkena stroke daripada wanita, tetapi penelitian menyimpulkan bahwa justru lebih banyak wanita yang meninggal karena stroke. Risiko stroke pria 1,25 lebih tinggi daripada wanita, tetapi serangan stroke pada pria terjadi di usia lebih muda sehingga tingkat kelangsungan hidup juga lebih tinggi. Dengan perkataan lain, walau lebih jarang terkena stroke, pada umumnya wanita terserang pada usia lebih tua, sehingga kemungkinan meninggal lebih besar.

Ras merupakan factor resiko yang tidak dapat dikendalikan, karena ada variasi yang cukup besar dalam insiden stroke antara kelompok etnis yang berbeda. Orang-orang dari ras Afrika memiliki risiko lebih tinggi untuk semua jenis stroke dibandingkan dengan orang-orang dari ras kaukasia. Risiko ini setidaknya 1,2 kali lebih tinggi dan bahkan lebih tinggi untuk jenis stroke ICH (*Intracerebral Hemorrhage*), dan factor resiko stroke yang tidak dapat dikendalikan berikutnya adalah genetik terdapat dugaan bahwa stroke dengan garis keturunan saling berkaitan. Dalam hal ini hipertensi, diabetes, dan cacat pada pembuluh darah menjadi faktor genetik yang berperan. Selain itu, gaya hidup dan kebiasaan makan dalam keluarga yang sudah menjadi kebiasaan yang sulit diubah juga meningkatkan risiko stroke.

Hipertensi merupakan factor resiko yang dapat dikendalikan pada pasien dengan stroke karena hipertensi (tekanan darah tinggi) merupakan faktor risiko utama yang menyebabkan pengerasan dan penyumbatan arteri. Penderita hipertensi memiliki faktor risiko stroke empat hingga enam kali lipat dibandingkan orang yang tanpa hipertensi dan sekitar 40 hingga 90 persen pasien stroke ternyata menderita hipertensi sebelum terkena stroke. Secara medis, tekanan darah di atas 140 - 90 tergolong dalam penyakit hipertensi. Oleh karena dampak hipertensi pada keseluruhan risiko stroke menurun seiring dengan penambahan umur, pada orang lanjut usia, faktor-faktor lain di luar hipertensi berperan lebih besar terhadap risiko stroke. Orang yang tidak menderita hipertensi, risiko stroke meningkat terus hingga usia 90 tahun, menyamai risiko stroke pada orang yang menderita hipertensi. Sejumlah penelitian menunjukkan obat-obatan anti

hipertensi dapat mengurangi risiko stroke sebesar 38 persen dan pengurangan angka kematian karena stroke sebesar 40% (Smeltzer & Bare, 2017).

Diabetes Mellitus merupakan factor resiko yang dapat dikendalikan pada penderita stroke karena pada penderita DM, *khususnya Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus* (NIDDM) terdapat faktor risiko multiple stroke. Lesi aterosklerosis pembuluh darah otak baik intra maupun ekstrakranial merupakan penyebab utama stroke. Aterosklerosis pada pembuluh darah jantung akan mengakibatkan kelainan jantung yang selanjutnya dapat menimbulkan stroke dengan emboli yang berasal dari jantung atau akibat kelainan hemodinamik. Pada aterosklerosis pembuluh darah otak yang besar, perkembangannya mengikuti peningkatan tekanan darah, tetapi pada pembuluh darah kecil, misal dinding pembuluh darah penetrans, suatu end-arteries berdiameter kecil menebal karena proses jangka panjang dari deposisi hialin, produk lipid amorphous, dan fibrin. Suatu mikroaneurisma dapat terjadi pada daerah yang mengalami aterosklerosis tersebut dan selanjutnya dapat mengakibatkan perdarahan yang sulit dibedakan dengan lesi iskemik primer tanpa menggunakan suatu pemeriksaan imajing (Keogh, 2019). Penderita diabetes cenderung menderita aterosklerosis dan meningkatkan terjadinya hipertensi, kegemukan dan kenaikan lemak darah. Kombinasi hipertensi dan diabetes sangat menaikkan komplikasi diabetes, termasuk stroke. Pengendalian diabetes sangat menurunkan terjadinya stroke (Hinkle & Cheever, 2017).

Kenaikan level *Low Density Lipoprotein* (LDL) merupakan faktor risiko penting terjadinya aterosklerosis yang diikuti penurunan elastisitas pembuluh

darah. Penelitian menunjukkan angka stroke meningkat pada pasien dengan kadar kolestrol di atas 240 mg%. Setiap kenaikan 38,7 mg% menaikkan angka stroke 25%. Kenaikan HDL 1 m mol (38,7 mg%) menurunkan terjadinya stroke setinggi 47%. Demikian juga kenaikan trigliserid menaikkan jumlah terjadinya stroke (Winkelman, 2016).

Obesitas dapat meningkatkan risiko stroke baik perdarahan maupun sumbatan, tergantung pada faktor risiko lainnya yang ikut menyertainya. Fakta membuktikan bahwa stroke banyak dialami oleh mereka yang mengalami kelebihan berat badan dan bahkan sebagian kasus umumnya dialami oleh penderita obesitas (Black & Hawks, 2014).

Mengonsumsi alkohol memiliki efek sekunder terhadap peningkatan tekanan darah, peningkatan osmolaritas plasma, peningkatan plasma homosistein, kardiomiopati dan aritmia yang semuanya dapat meningkatkan risiko stroke. Konsumsi alkohol yang sedang dapat menguntungkan, karena alkohol dapat menghambat thrombosis sehingga dapat menurunkan kadar fibrinogen dan agregasi platelet, menurunkan lipoprotein, meningkatkan HDL, serta meningkatkan sensitivitas insulin (LeMone et al., 2016).

Kurang olahraga merupakan faktor risiko independen untuk terjadinya stroke dan penyakit jantung. Olahraga secara cukup rata-rata 30 menit/hari dapat menurunkan risiko stroke. Kurang gerak menyebabkan kekakuan otot serta pembuluh darah. Selain itu orang yang kurang gerak akan menjadi kegemukan yang menyebabkan timbunan dalam lemak yang berakibat pada

tersumbatnya aliran darah oleh lemak (aterosklerosis). Akibatnya terjadi kemacetan aliran darah yang bisa menyebabkan stroke (Diyono, 2016).

Merokok merupakan faktor risiko stroke yang sebenarnya paling mudah diubah. Perokok berat menghadapi risiko lebih besar dibandingkan perokok ringan. Merokok hampir melipat gandakan risiko stroke iskemik, terlepas dari faktor risiko yang lain, dan dapat juga meningkatkan risiko subaraknoid hemoragik hingga 3,5 persen. Merokok adalah penyebab nyata kejadian stroke, yang lebih banyak terjadi pada usia dewasa muda ketimbang usia tengah baya atau lebih tua. Sesungguhnya, risiko stroke menurun dengan seketika setelah berhenti merokok dan terlihat jelas dalam periode 2 - 4 tahun setelah berhenti merokok. Perlu diketahui bahwa merokok memicu produksi fibrinogen (faktor penggumpal darah) lebih banyak sehingga merangsang timbulnya aterosklerosis (Ruhardi et al., 2021).

Stroke non hemoragik disebabkan oleh trombosis akibat plak aterosklerosis yang memberi vaskularisasi pada otak atau oleh emboli dari pembuluh darah diluar otak yang tersangkut di arteri otak. Saat terbentuknya plak fibrosis (ateroma) dilokasi yang terbatas seperti di tempat percabangan arteri. Trombosit selanjutnya melekat pada permukaan plak bersama dengan fibrin, perlekatan trombosit secara perlahan akan memperbesar ukuran plak sehingga terbentuk thrombus (Diyono, 2016).

Trombus dan emboli di dalam pembuluh darah akan terlepas dan terbawa hingga terperangkap dalam pembuluh darah distal, lalu menyebabkan pengurangan aliran darah yang menuju ke otak sehingga sel otak akan mengalami kekurangan nutrisi dan juga oksigen, sel otak yang mengalami

kekurangan oksigen dan glukosa akan menyebabkan asidosis atau tingginya kadar asam di dalam tubuh lalu asidosis akan mengakibatkan natrium klorida, dan air masuk ke dalam sel otak dan kalium meninggalkan sel otak sehingga terjadi edema setempat. Kemudian kalium akan masuk dan memicu serangkaian radikal bebas sehingga terjadi kerusakan membran sel lalu mengkerut dan tubuh mengalami defisit neurologis lalu mati (Ruhardi et al., 2021).

Infark iskemik serebri menurut Keogh (2019) sangat erat hubungannya dengan aterosklerosis dan arteriosklerosis. Aterosklerosis dapat menimbulkan bermacam-macam manifestasi klinis dengan cara: 1). Menyempitnya lumen pembuluh darah dan mengakibatkan insufisiensi atau jantung tidak dapat memompa darah secara memadai keseluruh tubuh; 2). Oklusi mendadak pembuluh darah karena terjadinya thrombus dan perdarahan aterm; 3). Dapat terbentuk thrombus yang kemudian terlepas sebagai emboli; 4) Menyebabkan aneurisma yaitu lemahnya dinding pembuluh darah atau menjadi lebih tipis sehingga dapat dengan mudah robek.

Faktor-faktor yang mempengaruhi aliran darah ke otak dapat disebabkan karena keadaan pembuluh darah, tekanan darah siskemik & kelainan jantung (Hinkle & Cheever, 2017). Keadaan darah menyebabkan viskositas darah meningkat, hematokrit meningkat, aliran darah ke otak menjadi lebih lambat, anemia berat, oksigenasi ke otak menjadi menurun. Sedangkan tekanan darah sistemik memegang peranan perfusi otak. Otoregulasi otak yaitu kemampuan intrinsik pembuluh darah otak untuk mengatur agar pembuluh darah otak tetap konstan walaupun ada perubahan tekanan perfusi otak. Berikutnya

kelainan jantung dapat menyebabkan menurunnya curah jantung dan karena lepasnya embolus sehingga menimbulkan iskhemia otak. Suplai darah ke otak dapat berubah pada gangguan fokal (thrombus, emboli, perdarahan dan spasme vaskuler) atau oleh karena gangguan umum (*Hypoksia* karena gangguan paru dan jantung).

Arterosklerosis sering/cenderung sebagai faktor penting terhadap otak. Thrombus dapat berasal dari flak arterosklerotik atau darah dapat beku pada area yang stenosis, dimana aliran darah akan lambat atau terjadi turbulensi. Oklusi pada pembuluh darah serebral oleh embolus menyebabkan oedema dan nekrosis diikuti thrombosis dan hipertensi pembuluh darah. Perdarahan intraserebral yang sangat luas akan menyebabkan kematian dibandingkan dari keseluruhan penyakit cerebrovaskuler. Anoksia serebral dapat reversibel untuk jangka waktu 4 - 6 menit. Perubahan irreversible dapat anoksia lebih dari 10 menit. Anoksia serebral dapat terjadi oleh karena gangguan yang bervariasi, salah satunya cardiac arrest (Winkelman, 2016).

Manifestasi klinis stroke adalah sebagai berikut : tiba-tiba mengalami kelemahan atau kelumpuhan separuh badan, tiba-tiba hilang rasa peka, bicara pelo, gangguan bicara dan bahasa, gangguan penglihatan, mulut mencong atau tidak simetris ketika menyeringai, gangguan daya ingat, nyeri kepala hebat, vertigo, kesadaran menurun, proses kencing terganggu, dan gangguan fungsi otak (Bare & Smeltzer, 2017; Ignatavicius et al., 2020; Lewis et al., 2017).

Komplikasi stroke meliputi hipoksia serebral, penurunan aliran darah serebral dan luasnya area cedera yang dapat mengakibatkan perubahan pada aliran darah serebral sehingga ketersediaan oksigen ke otak menjadi berkurang dan akan menimbulkan kematian jaringan otak (Lewis et al., 2014). Komplikasi Stroke pada pasien stroke yang berbaring lama dapat terjadi masalah fisik dan emosional diantaranya embolisme paru, decubitus, atrofi, depresi & kecemasan (Smeltzer & Bare, 2017): Bekuan darah (Trombosis) mudah terbentuk pada kaki yang lumpuh menyebabkan penimbunan cairan, pembengkakan (edema) selain itu juga dapat menyebabkan embolisme paru yaitu sebuah bekuan yang terbentuk dalam satu arteri yang mengalirkan darah ke paru.

Bagian tubuh yang sering mengalami memar adalah pinggul, pantat, sendi kaki dan tumit. Bila memar ini tidak pengaruh dirawat dengan baik maka akan terjadi ulkus dekubitus dan infeksi. Pasien stroke tidak bisa batuk dan menelan dengan sempurna, hal ini menyebabkan cairan terkumpul di paruparu dan selanjutnya menimbulkan pneumoni. Selain itu paru stroke terbatas untuk bergerak dan memobilisasi, sehingga dapat menyebabkan atrofi dan kekakuan sendi (Kontraktur). Gangguan perasaan sering terjadi pada stroke dan menyebabkan reaksi emosional dan fisik yang tidak diinginkan karena terjadi perubahan dan kehilangan fungsi tubuh.

C. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan pada pasien stroke non hemoragik adalah sebagai berikut (Hinkle & Cheever, 2017; Lewis et al., 2017; Smeltzer & Bare, 2017):

1. Terapi

Ditujukan untuk reperfusi dengan pemberian antiplatelet seperti aspirin dan antikoagulan, atau yang dianjurkan dengan trombolitik rt- PA (Recombinant Tissue Plasminogen Activator). Dapat juga diberi agen neuroproteksi, yaitu sitikoin atau pirasetam (jika didapatkan afasia) (Tsao et al., 2023). Terapi farmakologi yang digunakan pada pasien stroke non hemoragik yaitu:

a. Fibrinolitik / trombolitik (rtPA / *Recombinant Tissue Plasminogen Activator*)

Golongan obat ini digunakan sebagai terapi reperfusi untuk mengembalikan perfusi darah yang terhambat pada serangan stroke akut. Jenis obat golongan ini adalah alteplase, tenecteplase dan reteplase, namun yang tersedia di Indonesia hingga saat ini hanya alteplase. Obat ini bekerja memecah trombus dengan mengaktifasi plasminogen yang terikat pada fibrin. Efek samping yang sering terjadi adalah risiko pendarahan seperti pada intrakranial atau saluran cerna; serta angioedema. Beberapa penelitian yang ada menunjukkan bahwa rentang waktu terbaik untuk dapat diberikan terapi fibrinolitik yang dapat memberikan manfaat perbaikan fungsional otak dan juga terhadap angka kematian adalah <3 jam dan rentang 3 - 4, atau 5 jam setelah onset gejala.

- b. Antikoagulan Terapi antikoagulan ini untuk mengurangi pembentukan bekuan darah dan mengurangi emboli, misalnya Heparin dan warfarin.
- c. Antiplatelet Golongan obat ini sering digunakan pada pasien stroke untuk pencegahan stroke ulangan dengan mencegah terjadinya agregasi platelet. Aspirin merupakan salah satu antiplatelet yang direkomendasikan penggunaannya untuk pasien stroke.
- d. Antihipertensi
Golongan obat ini berfungsi untuk mengontrol tekanan darah pasien. Berikut ini adalah contoh obat yang termasuk dalam golongan antihipertensi yaitu Lisinopril, Captopril, Amplodipine, dan Hidroklorotiazid (LeMone, M.Burke & Bauldof, 2017).

2. Tindakan medis yang bertujuan untuk pengobatan

a. Pembedahan

Pembedahan dilakukan untuk mencegah terjadinya perburukan stroke, untuk mengontrol aliran darah ketika terjadinya stroke. Tindakan yang dilakukan disebut dengan kranialtomi.

b. Rehabilitas pada pasien pasca stroke

Berbagai jenis terapi yang diperlukan untuk rehabilitasi pada stroke, meliputi:

1. Terapi fisik merupakan terapi yang dapat membantu untuk mencegah terjadinya kontraktur dan memperbaiki kekuatan dan koordinasi otot. Terapi fisik dilakukan untuk melatih kembali

kemampuan pasien cara berjalan, duduk, berbaring, dan mengubah gerakan.

2. Terapi okupasi merupakan terapi yang memberikan alat bantu dan merencanakan untuk memperoleh kembali keterampilan motorik pada pasien yang hilang, terapi okupasi juga sangat penting untuk memperbaiki kualitas hidup pasca stroke. Beberapa jenis keterampilan pada pasien pasca stroke yaitu makan, minum, mandi, memasak, membaca, menulis dan toileting.
3. Terapi bicara adalah terapi yang diberikan untuk membantu pasien memperbaiki cara menelan dan juga cara mempelajari kembali keterampilan bahasa dan komunikasi (LeMone, M. Burke & Bauldof, 2017).

D. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan upaya untuk pengumpulan data secara lengkap dan sistematis mulai dari pengumpulan data, identitas dan evaluasi status kesehatan pasien (Doenges, 2014). Hal-hal yang perlu dikaji antara lain:

1. Identitas Klien

Meliputi nama, umur (kebanyakan terjadi pada usia tua), jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal dan jam MRS, nomor register dan diagnosis medis.

2. Keluhan utama

Sering menjadi alasan klien untuk meminta pertolongan kesehatan adalah kelemahan anggota gerak sebelah badan, bicara pelo, tidak dapat berkomunikasi dan penurunan tingkat kesadaran.

3. Riwayat penyakit sekarang

Serangan stroke sering kali berlangsung sangat mendadak, pada saat klien sedang melakukan aktivitas. Biasanya terjadi nyeri kepala, mual, muntah bahkan kejang sampai tidak sadar, selain gejala kelumpuhan separuh badan atau gangguan fungsi otak yang lain. Adanya penurunan atau perubahan pada tingkat kesadaran disebabkan perubahan di dalam intrakranial. Keluhan perubahan perilaku juga umum terjadi. Sesuai perkembangan penyakit, dapat terjadi letargi, tidak responsif dan koma.

4. Riwayat penyakit dahulu

Adanya riwayat hipertensi, riwayat stroke sebelumnya, diabetes melitus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, penggunaan obat-obat anti koagulan, aspirin, vasodilator, obat-obat adiktif dan kegemukan. Pengkajian pemakaian obat-obat yang sering digunakan klien, seperti pemakaian obat antihipertensi, antilipidemia, penghambat beta dan lainnya. Adanya riwayat merokok, penggunaan alkohol dan penggunaan obat kontrasepsi oral. Pengkajian riwayat ini dapat mendukung pengkajian dari riwayat penyakit sekarang dan merupakan data dasar untuk mengkaji lebih jauh dan untuk memberikan tindakan selanjutnya.

5. Riwayat penyakit keluarga

Biasanya ada riwayat keluarga yang menderita hipertensi, diabetes melitus, atau adanya riwayat stroke dari generasi terdahulu.

6. Pengkajian psikososiospiritual

Pengkajian psikologis klien stroke meliputi beberapa dimensi yang memungkinkan perawat untuk memperoleh persepsi yang jelas mengenai status emosi, kognitif dan perilaku klien. Pengkajian mekanisme koping yang digunakan klien juga penting untuk menilai respons emosi klien terhadap penyakit yang dideritanya dan perubahan peran klien dalam keluarga dan masyarakat serta respons atau pengaruhnya dalam kehidupan sehari-harinya, baik dalam keluarga ataupun dalam masyarakat.

7. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang yang dilakukan pada pasien dengan stroke non hemoragik adalah sebagai berikut (Ignatavicius et al., 2020):

a. Angiografi serebral

Membantu menentukan penyebab stroke secara spesifik seperti perdarahan, obstruktif arteri, oklusi / nuptur.

b. *Elektro encefalography*

Mengidentifikasi masalah didasarkan pada gelombang otak atau mungkin memperlihatkan daerah lesi yang spesifik.

c. Sinar x tengkorak

Menggambarkan perubahan kelenjar lempeng pineal daerah yang berlawanan dari masa yang luas, klasifikasi karotis interna terdapat pada

trobus serebral. Klasifikasi persial dinding, aneurisma pada pendarahan sub arachnoid.

d. *Ultrasonography Doppler*

Mengidentifikasi penyakit arteriovena (masalah system arteri karotis /alioran darah /muncul plaque / arterosklerosis.

e. CT-Scan

Memperlihatkan adanya edema, hematoma, iskemia, dan adanya infark.

f. *Magnetic Resonance Imagine (MRI)*

Menunjukkan adanya tekanan anormal dan biasanya ada thrombosis, emboli, dan TIA, tekanan meningkat dan cairan mengandung darah menunjukkan, hemoragi sub arachnois / perdarahan intakranial.

g. Pemeriksaan foto thorax

Dapat memperlihatkan keadaan jantung, apakah terdapat pembesaran ventrikel kiri yang merupakan salah satu tanda hipertensi kronis pada penderita stroke, menggambarkan perubahan kelenjar lempeng pineal daerah berlawanan dari massa yang meluas.

h. Pemeriksaan laboratorium

1) Fungsi lumbal: tekanan normal biasanya ada thrombosis, emboli dan TIA. Sedangkan tekanan yang meningkat dan cairan yang mengandung darah menunjukkan adanya perdarahan subarachnoid atau intracranial. Kadar protein total meninggal pada kasus thrombosis sehubungan dengan proses inflamasi.

- 2) Pemeriksaan darah rutin.
- 3) Pemeriksaan kimia darah: pada stroke akut dapat terjadi hiperglikemia. Gula darah mencapai 250 mg dalam serum dan kemudian berangsur-angsur turun kembali.

8. Pemeriksaan Fisik

a. Kesadaran

Biasanya pada pasien stroke mengalami tingkat kesadaran pasien mengantuk namun dapat sadar saat dirangsang (sammolen), pasien acuh tak acuh terhadap lingkungan (apati), mengantuk yang dalam (sopor), spoor coma, hingga penurunan kesadaran (coma), dengan GCS < 12 pada awal terserang stroke. Sedangkan pada saat pemulihan biasanya memiliki tingkat kesadaran letargi dan compos mentis dengan GCS 13 - 15.

b. Tanda-tanda Vital

1) Tekanan darah

Biasanya pasien dengan stroke non hemoragik memiliki riwayat tekanan darah tinggi dengan tekanan systole > 140 dan diastole 80. Tekanan darah akan meningkat dan menurun secara spontan. Perubahan tekanan darah akibat stroke akan kembali stabil dalam 2 - 3 hari pertama.

2) Nadi

Nadi biasanya normal 60 - 100 x/menit

3) Pernafasan

Biasanya pasien stroke non hemoragik mengalami gangguan bersihan jalan napas

4) Suhu

Biasanya tidak ada masalah suhu pada pasien dengan stroke non hemoragik.

c. Rambut

Biasanya tidak ditemukan masalah rambut pada pasien stroke non hemoragik.

d. Wajah

Biasanya simetris, wajah pucat. Pada pemeriksaan Nervus V (Trigeminus) : biasanya pasien bisa menyebutkan lokasi usapan dan pada pasien koma, ketika diusap kornea mata dengan kapas halus, pasien akan menutup kelopak mata. Sedangkan pada nervus VII (facialis) : biasanya alis mata simetris, dapat mengangkat alis, mengerutkan dahi, mengerutkan hidung, menggembungkan pipi, saat pasien menggembungkan pipi tidak simetris kiri dan kanan tergantung lokasi lemah dan saat diminta mengunyah, pasien kesulitan untuk mengunyah.

e. Mata

Biasanya konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, pupil isokor, kelopakmata tidak oedema. Pada pemeriksaannervus II (optikus): biasanya luas pandang baik 90°, visus 6/6. Pada nervus III (okulomotorius): biasanya diameter pupil 2mm/2mm, pupil kadang

isokor dan anisokor, palpebral dan reflek kedip dapat dinilai jika pasien bisa membuka mata. Nervus IV (troklearis): biasanya pasien dapat mengikuti arah tangan perawat ke atas dan bawah. Nervus VI (abduksen): biasanya hasil yang di dapat pasien dapat mengikuti arah tangan perawat ke kiri dan kanan.

f. Hidung

Biasanya simetris kiri dan kanan, terpasang oksigen, tidak ada pernapasan cuping hidung. Pada pemeriksaan nervus I (olfaktorius): kadang ada yang bisa menyebutkan bau yang diberikan perawat namun ada juga yang tidak, dan biasanya ketajaman penciuman antara kiri dan kanan berbeda dan pada nervus VIII (vetibulokoklearis): biasanya pada pasien yang tidak lemah anggota gerak atas, dapat melakukan keseimbangan gerak tangan – hidung.

g. Mulut dan gigi

Biasanya pada pasien apatis, spoor, sopor coma hingga coma akan mengalami masalah bau mulut, gigi kotor, mukosa bibir kering. Pada pemeriksaan nervus VII (facialis): biasanya lidah dapat mendorong pipi kiri dan kanan, bibir simetris, dan dapat menyebutkan rasa manis dan asin. Pada nervus IX (glossofaringeus): biasanya uvula yang terangkat tidak simetris, mencong ke arah bagian tubuh yang lemah dan pasien dapat merasakan rasa asam dan pahit. Pada nervus XII (hipoglossus) : biasanya pasien dapat menjulurkan lidah dan dapat dipencangkan ke kiri dan kanan, namun artikulasi kurang jelas saat bicara.

h. Telinga

Biasanya sejajar daun telinga kiri dan kanan. Pada pemeriksaan nervus VIII (vestibulokoklearis): biasanya pasien kurang bisa mendengarkan gesekan jari dari perawat tergantung dimana lokasi kelemahan dan pasien hanya dapat mendengar jika suara dan keras dengan artikulasi yang jelas.

i. Leher

Pada pemeriksaan nervus X (vagus): biasanya pasien stroke non hemoragik mengalami gangguan menelan. Pada pemeriksaan kaku kuduk biasanya (+) dan bludzensky 1 (+).

j. Paru-paru

Biasanya simetris kiri dan kanan, biasanya fremitus sama antara kiri dan kanan, biasanya bunyi normal sonor, biasanya suara normal vesikuler.

k. Jantung

Biasanya iktus kordis tidak terlihat, biasanya iktus kordis teraba, biasanya batas jantung normal, biasanya suara vesikuler.

l. Abdomen

biasanya simetris, tidak ada asites, biasanya tidak ada pembesaran hepar, biasanya terdapat suara tympani, biasanya bising usus pasien tidak terdengar, Pada pemeriksaan reflek dinnding perut, pada saat perut pasien digores, biasanya pasien tidak merasakan apa-apa.

m. Ekstremitas

1) Ekstremitas Atas

Biasanya terpasang infuse bagian dextra atau sinistra. Capillary Refill Time (CRT) biasanya normal yaitu < 2 detik. Pada pemeriksaan nervus XI (aksesorius) : biasanya pasien stroke non hemoragik tidak dapat melawan tahanan pada bahu yang diberikan perawat. Pada pemeriksaan reflek, biasanya saat siku diketuk tidak ada respon apa-apa dari siku, tidak fleksi maupun ekstensi.

2) Ekstremitas Bawah

Pada pemeriksaan reflek, biasanya pada saat pemeriksaan bluedzensky 1 kaki kiri pasien fleksi (bluedzensky (+)). Pada saat telapak kaki digores biasanya jari tidak mengembang (reflek babinsky (+)). Pada saat dorsal pedis digores biasanya jari kaki juga tidak berespon (reflek Caddok (+)). Pada saat tulang kering digurut dari atas ke bawah biasanya tidak ada respon fleksi atau ekstensi (reflek openheim (+)) dan pada saat betis di remas dengan kuat biasanya pasien tidak merasakan apa-apa reflek Gordon (+). Pada saat dilakukan reflek patella biasanya femur bereaksi saat diketukkan reflek patella (+).

9. Aktivitas dan Istirahat

Gejala : merasa kesulitan untuk melakukann aktivitas karena kelemahan, kehilangan sensasi atau paralisis (hemiplegia), merasa mudah lelah, susah untuk beristirahat (nyeri atau kejang otot).

Tanda : gangguan tonus otot, paralitik (hemiplegia), dan terjadikelemahan umum, gangguan pengelihatan, gangguan tingkat kesadaran.

10. Sirkulasi

Gejala : adanya penyakit jantung, polisitemia, riwayat hipertensi postural.

Tanda : hipertensi arterial sehubungan dengan adanya embolisme atau malformasi vaskuuler, frekuensi nadi bervariasi dan disritmia.

11. Integritas Ego

Gejala : Perasaan tidak berdaya dan perasaan putus asa

Tanda : emosi yang labil dan ketidaksiapan untuk marah, sedih dan gembira, kesulitan untuk mengekspresikan diri.

12. Eliminasi

Gejala : terjadi perubahan pola berkemih

Tanda : distensi abdomen dan kandung kemih, bising usus negatif.

13. Makanan atau Cairan

Gejala : nafsu makan hilang, mual muntah selama fase akut, kehilangan sensasi pada lidah dan tenggorokan, disfagia, adanya riwayat diabetes, peningkatan lemak dalam darah

Tanda : kesulitan menelan dan obesitas.

14. Neurosensori

Gejala : sakit kepala, kelemahan atau kesemutan, hilangnya rangsang sensorik kontralateral pada ekstremitas, pengelihatan menurun, gangguan rasa pengecap dan penciuman.

Tanda : status mental atau tingkat kesadaran biasanya terjadi koma pada tahap awal hemoragik, gangguan fungsi kongnitif, pada wajah terjadi paralisis, afasia, ukuran atau reaksi pupil tidak sama, kekakuan, kejang.

15. Kenyamanan atau Nyeri

Gejala : sakit kepala dengan intensitas yang berbeda-beda

Tanda : tingkah laku yang tidak stabil, gelisah, ketegangan pada otot

16. Pernapasan

Gejala : merokok

Tanda : ketidakmampuan menelan atau batuk, hambatan jalan napas, timbulnya pernapasan sulit dan suara nafas terdengar ronchi.

17. Keamanan

Tanda : masalah dengan pengelihatatan, perubahan sensori persepsi terhadap orientasi tempat tubuh, tidak mampu mengenal objek, gangguan berespon, terhadap panas dan dingin, kesulitan dalam menelan.

18. Data penunjang

Data penunjang merupakan data yang diperoleh dari pemeriksaan yang dilakukan oleh seorang dokter bertujuan untuk mendiagnosis penyakit tertentu. Pada pemeriksaan ini umumnya dilakukan setelah pemeriksaan fisik dan penelusuran riwayat keluhan atau riwayat penyakit yang diderita pasien. Menurut Bachrudin, (2019) pemeriksaan penunjang yang dilakukan pada pasien stroke sebagai berikut:

a. CT (*comuted tomography*) scan

Pada saat pasien telah tiba di ruangan gawat darurat perlu sesegara mungkin dilakukan pemeriksaan CT scan kepala tanpa kontras yang

bertujuan untuk mengetahui apakah adanya pendarahan pada otak. CT scan juga dilakukan untuk mengetahui adanya hematoma, edema, iskemia, dan adanya infark.

b. EKG (*elektrokardiografi*)

Pemeriksaan elektrokardiografi harus dilakukan guna untuk memperhatikan pentingnya iskemia dan aritmia jantung serta penyakit jantung lainnya sebagai penyebab terjadinya stroke.

c. Kadar gula darah

Diabetes mellitus termasuk salah satu factor risiko utama dari penyebab terjadinya stroke. Maka pemeriksaankadar gula darah sangat diperlukan.

d. Elektrolit serum dan faal ginjal

Pemeriksaan elektrolit serum dan faal ginjal diperlukan apabila yang berkaitan dengan pemberian obat osmoterapi pada pasien stroke yang meliputi peningkatan tekanan intrakranial dan keadaan dehidrasi, sehingga jika terjadinya gangguan fungsi ginjal maka pemberian obat osmoterapi (manitol) tidak boleh diberikan.

e. Darah lengkap

Pada pemeriksaan ini diperlukan untuk menentukan keadaan hematologic yang dapat mempengaruhi stroke iskemik, misalnya anemia, polisitemia vea dan keganasan.

f. Faal hemostatis

Pada pemeriksaan ini jumlah trombosit, waktu protrombin (PT) dan tromboplastin (aPPT) diperlukan jika berkaitan dengan penggunaan obat antikoagulan dan trombolitik.

g. X-foto thoraks

Pada pemeriksaan radiologi toraks bertujuan untuk menilai besar jantung, adanya kalsifikasi katup jantung, adanya edema paru, maupun adanya infeksi paru TBC yang dikaitkan dengan vaskulitis.

h. Pemeriksaan lainnya yang diperlukan pada keadaan tertentu dengan sesuai indikasi meliputi: tes faal hati, saturasi oksigen, analisis gas darah, toksikologi, kadar alcohol dalam darah, pungsi lumbal (jika dicurigai adanya pendarahan subaraknoid tetapi gambaran CT scan normal), EKG atau elektroensefalografi (terutama pada paralisis todd).

i. Echocardiografi dilakukan untuk melihat apakah adanya kelaianan jantung yang dapat menyebabkan strok emboli.

E. Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (Doenges & Yulianti, 2018).

Menurut LeMone, Burke, & Bauldof (2017) dan Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017), berikut diagnose keperawatan yang sering muncul pada pasien penyakit stroke yaitu:

1. Gangguan mobilitas fisik yang berhubungan dengan, penurunan kendali otot, penurunan massa otot, penurunan kekuatan otot, kekakuan sendi, gangguan muskuloskeletal, gangguan neuromuscular, mengeluh sulit menggerakkan ekstermitas, gerakan terbatas.
2. Resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan intracranial, infark jaringan otak, vasospasme serebral, dan edema serebral.
3. Gangguan komunikasi verbal yang berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral, gangguan neuromuskuler, gangguan pendengaran, gangguan muskuloskeletal, kelainan palatum, hambatan fisik, hambatan individu, hambatan psikologis, hambatan.
4. Gangguan eliminasi urine yang berhubungan dengan penurunan kapasitas kandung kemih, iritasi kandung kemih, penurunan kemampuan menyadari tanda-tanda gangguan kandung kemih, ketidakmampuan mengakses toilet.

F. Perencanaan Keperawatan

Menurut Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018) intervensi keperawatan merupakan segala sesuatu yang dilakukan oleh seorang perawat, berdasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis yang bertujuan untuk mencapai suatu luaran (outcome) yang telah diharapkan. Tindakan keperawatan merupakan

perilaku atau aktivitas spesifik yang dilakukan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan (PPNI, 2018).

Menurut LeMone, Burke, & Bauldof (2017), Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018, Tim Pokja SLKI DPP PPNI (2019) berikut perencanaan keperawatan untuk pasien stroke :

1. Gangguan mobilitas fisik yang berhubungan dengan penurunan kendali otot, penurunan massa otot, penurunan kekuatan otot, kekakuan sendi, gangguan musculoskeletal, gangguan neuromuscular.

Tujuan: setelah diberikan asuhan keperawatan selama 3x24 jam, maka diharapkan mobilitas fisik meningkat.

Kriteria hasil: Pergerakan ekstremitas meningkat, kekuatan otot, rentang gerak (ROM) meningkat. Nyeri, kecemasan, kaku sendi, gerakan tidak terkoordinasi, gerakan terbatas dan kelemahan fisik menurun.

Intervensi:

Observasi

- a. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya
- b. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan
- c. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi
- d. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi

Terapeutik

- e. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis: pagar tempat tidur)
- f. Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu

- g. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan

Edukasi

- h. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi
- i. Anjurkan melakukan mobilisasi dini
- j. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis: duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi).

2. Resiko perfusi serebral tidak efektif yang berhubungan dengan peningkatan tekanan intracranial, infark jaringan otak, vasospasme serebral, dan edema serebral.

Tujuan: Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan perfusi jaringan serebral meningkat.

Kriteria hasil: kesadaran pasien meningkat dan kognitif meningkat. Tidak ada tanda-tanda peningkatan TIK, refleks saraf membaik, pasien tenang, tidak ada penambahan disfungsi neurologis, sakit kepala menurun. Tanda-tanda vital dalam batas normal: tekanan darah 110/70 – 120/80 mmHg, nadi 60 - 100 x/menit, nafas 16 - 20 x/menit, suhu 36,5 - 37,5°C.

Intervensi:

Observasi

- a. Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis: lesi menempati ruang, gangguan metabolisme, edema serebral, peningkatan tekanan vena, obstruksi cairan serebrospinal, hipertensi intracranial idiopatik)
- b. Monitor peningkatan TS

- c. Monitor pelebaran tekanan nadi (selisih TDS dan TDD)
- d. Monitor penurunan frekuensi jantung
- e. Monitor iregularitas irama napas
- f. Monitor penurunan tingkat kesadaran
- g. Monitor perlambatan atau ketidaksimetrisan respon pupil
- h. Monitor kadar CO₂ dan pertahankan dalam rentang yang diindikasikan
- i. Monitor tekanan perfusi serebral
- j. Monitor jumlah, kecepatan, dan karakteristik drainase cairan serebrospinal
- k. Monitor efek stimulus lingkungan terhadap TIK

Terapeutik

- l. Ambil sampel drainase cairan serebrospinal
- m. Kalibrasi transduser
- n. Pertahankan sterilitas sistem pemantauan
- o. Pertahankan posisi kepala dan leher netral
- p. Bilas sistem pemantauan, jika perlu
- q. Atur interval pemantauan sesuai kondisi pasien
- r. Dokumentasikan hasil pemantauan

Edukasi

- s. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan
- t. Informasikan hasil pemantauan, jika perlu

3. **Gangguan komunikasi verbal yang berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral, gangguan neuromuskuler, gangguan pendengaran, gangguan musculoskeletal, kelainan palatum, hambatan fisik, hambatan individu, hambatan psikologis, hambatan.**

Tujuan: Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam maka komunikasi verbal meningkat.

Kriteria hasil: Kemampuan berbicara meningkat, kemampuan mendengar meningkat, kesesuaian ekspresi wajah/tubuh meningkat, kontak mata meningkat, afasia menurun, disfasia menurun, apraksia menurun, pelo menurun, respon perilaku membaik, pemahaman komunikasi membaik.

Intervensi:

Observasi

- a. Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara
- b. Monitor progress kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara (mis: memori, pendengaran, dan Bahasa)
- c. Monitor frustrasi, marah, depresi, atau hal lain yang mengganggu bicara
- d. Identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi

Terapeutik

- e. Gunakan metode komunikasi alternatif (mis: menulis, mata berkedip, papan komunikasi dengan gambar dan huruf, isyarat tangan, dan komputer)
- f. Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan (mis: berdiri di depan pasien, dengarkan dengan seksama, tunjukkan satu gagasan atau pemikiran sekaligus, bicaralah dengan perlahan sambil menghindari

teriakan, gunakan komunikasi tertulis, atau meminta bantuan keluarga untuk memahami ucapan pasien)

- g. Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan
- h. Ulangi apa yang disampaikan pasien
- i. Berikan dukungan psikologis
- j. Gunakan juru bicara, jika perlu

Edukasi

- k. Anjurkan berbicara perlahan
- l. Ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan bicara

Kolaborasi

- m. Rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis

4. Gangguan eliminasi urine yang berhubungan dengan penurunan kapasitas kandung kemih, iritasi kandung kemih, penurunan kemampuan menyadari tanda-tanda gangguan kandung kemih, ketidakmampuan mengakses toilet.

Tujuan: Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam makan konsinensia urine membaik

Kriteria hasil: Kemampuan berkemih meningkat, distensi kandung kemih menurun, frekuensi berkemih, dan sensasi berkemih membaik.

Intervensi:

Observasi

- a. Identifikasi tanda dan gejala retensi atau inkontinensia urin
- b. Identifikasi faktor yang menyebabkan retensi atau inkontinensia urin

- c. Monitor eliminasi urin (mis. frekuensi, konsistensi, aroma, volume, dan warna)

Terapeutik

- d. Catat waktu-waktu dan haluaran berkemih
- e. Batasi asupan cairan, jika perlu
- f. Ambil sampel urin tengah (midstream) atau kultur

Edukasi

- g. Ajarkan tanda dan gejala infeksi saluran berkemih
- h. Ajarkan mengukur asupan cairan dan haluaran urin
- i. Ajarkan mengambil spesimen urin midstream
- j. Ajarkan mengenali tanda berkemih dan waktu yang tepat untuk berkemih
- k. Ajarkan terapi modalitas penguatan otot-otot panggul/berkemihan
- l. Anjurkan minum yang cukup, jika tidak ada kontraindikasi
- m. Anjurkan mengurangi minum menjelang tidur

Kolaborasi

- n. Kolaborasi pemberian obat supositoria uretra, jika perlu.

G. Penatalaksanaan Keperawatan

Menurut Safitri (2019) Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Implementasi merupakan inisiatif dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap

pelaksanaan dimulai setelah rencana tindakan disusun dan ditujukan pada nursing orders untuk membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan. Oleh karena itu rencana tindakan yang spesifik dilaksanakan untuk memodifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi masalah kesehatan klien. Tipe implementasi keperawatan secara garis besar terdapat tiga kategori dari implementasi keperawatan antara lain:

1. *Cognitive implementations* yaitu meliputi pengajaran atau pendidikan, menghubungkan tingkat pengetahuan klien dengan kegiatan hidup sehari-hari, membuat strategi untuk klien dengan disfungsi komunikasi, memberikan umpan balik, mengawasi tim keperawatan, mengawasi penampilan klien dan keluarga, serta menciptakan lingkungan sesuai kebutuhan, dan lain lain.
2. *Interpersonal implementations* yaitu meliputi koordinasi kegiatan-kegiatan, meningkatkan pelayanan, menciptakan komunikasi terapeutik, menetapkan jadwal personal, pengungkapan perasaan, memberikan dukungan spiritual, bertindak sebagai advokasi klien, role model, dan lain lain.
3. *Technical implementations* yaitu meliputi pemberian perawatan kebersihan kulit, melakukan aktivitas rutin keperawatan, menemukan perubahan dari data dasar klien, mengorganisir respon klien yang abnormal, melakukan tindakan keperawatan mandiri, kolaborasi, dan rujukan, dan lain-lain.

Dalam pelaksanaannya terdapat tiga jenis implementasi keperawatan, antara lain:

1. *Independent implementations* adalah implementasi yang diprakarsai sendiri oleh perawat untuk membantu klien dalam mengatasi masalahnya sesuai dengan kebutuhan, misalnya: membantu dalam memenuhi *Activity Daily Living* (ADL), memberikan perawatan diri, mengatur posisi tidur, menciptakan lingkungan yang terapeutik, memberikan dorongan motivasi, pemenuhan kebutuhan psiko-sosio-spiritual, perawatan alat invasive yang dipergunakan klien, melakukan dokumentasi, dan lain-lain.
2. *Interdependen / Collaborative implementations* adalah tindakan keperawatan atas dasar kerjasama sesama tim keperawatan atau dengan tim kesehatan lainnya, seperti dokter. Contohnya dalam hal pemberian obat oral, obat injeksi, infus, kateter urin, *Naso Gastric Tube* (NGT), dan lain-lain. Keterkaitan dalam tindakan kerjasama ini misalnya dalam pemberian obat injeksi, jenis obat, dosis, dan efek samping merupakan tanggungjawab dokter tetapi benar obat, ketepatan jadwal pemberian, ketepatan cara pemberian, ketepatan dosis pemberian, dan ketepatan klien, serta respon klien setelah pemberian merupakan tanggung jawab dan menjadi perhatian perawat.
3. *Dependent implementations* adalah tindakan keperawatan atas dasar rujukan dari profesi lain, seperti ahli gizi, *physiotherapies*, psikolog dan sebagainya, misalnya dalam hal: pemberian nutrisi pada klien sesuai dengan diet yang telah dibuat oleh ahli gizi, latihan fisik (mobilisasi fisik) sesuai dengan anjuran dari bagian fisioterapi.

H. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi, yaitu penilaian hasil dan proses. Penilaian hasil menentukan seberapa jauh keberhasilan yang dicapai sebagai keluaran dari tindakan.. Evaluasi dilakukan berdasarkan kriteria yang telah ditetapkan sebelumnya dalam perencanaan, membandingkan hasil tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan dengan tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya dan menilai efektivitas proses keperawatan mulai dari tahap pengkajian, perencanaan dan pelaksanaan, (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2019). ada dua tipe evaluasi keperawatan:

1. Evaluasi formatif

Evaluasi ini berisi hasil observasi dan analisa perawat terhadap respon pasien pada saat dilakukan tindakan keperawatan yang kemudian dilakukan pendokumentasian. Perumusan evaluasi formatif meliputi empat kompone yang disebut istilah SOAP, yaitu S (subyektif) yang berisi keluhan pasien, O (Obyektif) yang berisi hasil pemeriksaan, A (analisa data) berisi perbandingan data dengan teori dan P (perencanaan) yang berisi rencana keperawatan lebih lanjut untuk pasien.

2. Evaluasi sumatif

Merupakan evaluasi akhir yang dilakukan setelah tindakan keperawatan selesai dilakukan. Metode yang digunakan dalam evaluasi sumatif ini adalah wawancara pada akhir layanan, menanyakan respon pasien dan keluarga setelah melakukan tindakan keperawatan, dan mengadakan pertemuan pada akhir layanan (Budiono et al., 2015).

BAB III TINJAUAN KASUS

Pada bab ini penulis menguraikan asuhan keperawatan pada Pasien Tn. MB dengan Stroke Non Hemoragik di Ruang Neurologi lantai 11 di kamar 1102 RSUD Koja Jakarta, mulai dari tanggal 15 sampai 17 Maret 2023. Asuhan Keperawatan dilakukan sesuai dengan tahap proses keperawatan mulai dari pengkajian, diagnose keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

A. Pengkajian

Pengkajian dilakukan pada tanggal 15 Maret 2023, data yang diperoleh penulis melalui observasi langsung dan wawancara pasien, pemeriksaan fisik dan catatan medis pasien.

1. Identitas pasien

Pasien bernama Tn. MB berusia 76 tahun, jenis kelamin laki-laki, status perkawinan menikah, agama Islam, suku bangsa Jawa, pendidikan SMA, bahasa yang digunakan Bahasa Indonesia, pekerjaan pasien tidak ada atau pensiunan, alamat Jl. Raya Cilincing No.16 RT.14 RW.02 Cilincing Jakarta Utara, sumber biaya BPJS, sumber informasi pasien dan rekam medis.

2. Resume

Pasien Tn. MB dibawa ke IGD RSUD Koja pada tanggal 13 Maret 2023 pukul 16.42 oleh keluarga dengan keluhan pingsan tiba-tiba. Hasil

pengkajian tanda–tanda vital : tekanan darah 145/77 mmHg, frekuensi nadi 95x/menit, frekuensi nafas 40x/menit, saturasi oksigen 83%, suhu 39,2°c, hasil GDS pasien 116 mg/dl. Pada tanggal 14 Maret 2023 pasien dipindahkan ke ruang neurologi. Hasil pengkajian di ruangan adalah sebagai berikut tanda–tanda vital : tekanan darah 140/90 mmHg, frekuensi nadi 85x/menit, saturasi oksigen 98%, frekuensi nafas 20x/menit, suhu 36°c. Pasien memiliki riwayat penyakit hipertensi dan jantung sejak 2 tahun yang lalu.

Masalah keperawatan yang diangkat yaitu gangguan mobilitas fisik, resiko perfusi jaringan serebral tidak efektif, anisetas, resiko gangguan integritas kulit. Tindakan keperawatan yang sudah dilakukan yaitu mengkaji tanda–tanda vital mengkaji kesadaran; mengatur posisi nyaman, memasang gelang identitas. Tindakan kolaborasi yang diberikan yaitu mempertahankan cairan infus RL 500cc/24 jam, melakukan pemeriksaan thoraks, pemeriksaan laboratorium, memberikan terapi obat yaitu citicolin 2x500mg IV, mecobalamin 3x500mg IV, omeprazol kapsul 2x20mg, pletaal kapsul 2x100mg, salbutamol tablet 3x2mg, ambroxol tablet 3x1mg, miniaspri tablet 1x80mg, amlodipine 1x10mg. Tanggal 13 Maret 2023 dilakukan **pemeriksaan laboratorium**: nilai hemoglobin 14,2 g/dl (13.5-18.0), jumlah leukosit * $18.17 \cdot 10^3/\text{ul}$ (4.00-10.50), hematokrit *40.6 % (42.0-52.0), jumlah trombosit $221 \cdot 10^3/\text{ul}$ (163-337); **pemeriksaan analisa gas darah** di dapatkan nilai Ph *7.460 (7.350-7.450), p CO₂ *28.9 mmHg (32.0-45.0), p O₂ *85.7 mmHg (95.0-100.0), HCO₃ *20.7 mEq/L (21.0-28.8), base excess *-3.3 mmol/L (-2.5 - +2.5), o₂ saturation 97.1 %

(94.00 – 100.00), **Elektrolit** di dapatkan nilai natrium (Na) 138 mEq/L (135-147), kalium (K) *3.35 mEq/L (3.5-5.0), klorida (Cl) 105 mEq/L (9.6-108), glukosa swaktu 140 mg/dl (70-200). Evaluasi keadaan pasien secara umum yaitu pasien mengatakan lemas, pasien mengatakan bengkak pada kaki bagian kanan disertai kemerahan dan terasa panas, pasien juga mengatakan tidak bisa berjalan sehingga butuh bantuan oleh istri maupun anaknya, pasien mengatakan khawatir dengan kondisi yang dihadapinya.

3. Riwayat keperawatan

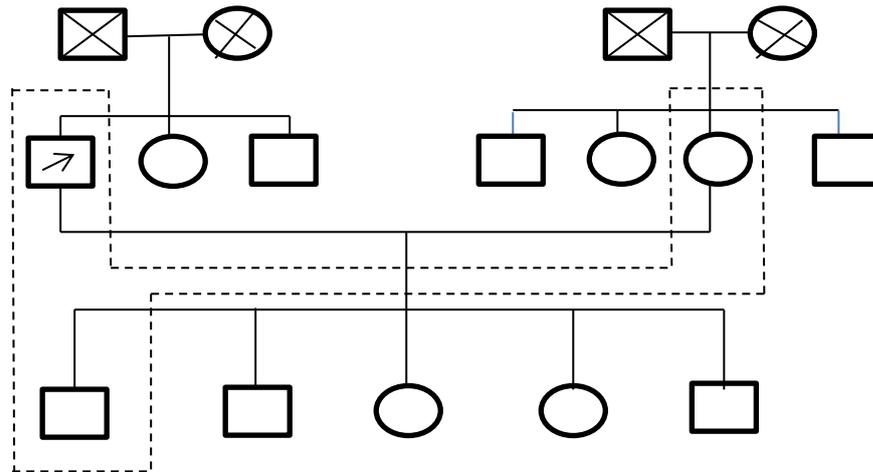
a. Riwayat Kesehatan Sekarang

Pasien mengeluh lemas, kaki bengkak pada bagian kanan disertai kemerahan dan terasa nyeri bila diraba dan digerakkan dengan skala nyeri 3. Pasien mengatakan suka kram pada bagian kaki kanan, pasien mengatakan tidak bisa berjalan ke kamar mandi sehingga pasien memakai pampes, timbul keluhannya mendadak, lamanya sejak 2 hari yang lalu upaya untuk mengatasinya pasien langsung dibawa ke rumah sakit.

b. Riwayat Kesehatan Masa lalu

Pasien memiliki riwayat penyakit hipertensi dan jantung sejak 2 tahun yang lalu. Pasien biasa mengkonsumsi obat jantung miniaspr 1x80mg dan obat hipertensi amplodipine 1x10mg diminum secara teratur.

c. Riwayat Kesehatan Keluarga



Keterangan :

□ : Laki-laki meninggal

○ : Perempuan meninggal

□ : Laki-laki

○ : Perempuan

↗ : Pasien

----- : garis tinggal satu rumah

├ : garis keturunan

Pasien anak pertama dari 3 bersaudara dengan kondisi kedua orang tua sudah meninggal. Pasien menikah dengan seorang perempuan anak ke-3 dari 4 bersaudara, dimana kedua orang tua sudah meninggal. Pasien dan istri memiliki 5 anak yaitu anak pertama laki-laki Tn.S 45thn, kedua Tn.W 42thn, ketiga Ny.A 37thn, keempat Ny.R 32thn dan terakhir Tn. M 28thn. Pasien dan istri tinggal bersama anak pertamanya.

d. Riwayat yang pernah diderita oleh keluarga yang menjadi factor resiko
Pasien mengatakan ibu kandung pasien mempunyai riwayat penyakit hipertensi.

e. Riwayat Psikologis dan Spiritual

Pasien mengatakan paling dekat dengan istrinya dan anak-anaknya, pola komunikasi pasien ke istri dan anak-anaknya baik, pembuatan keputusan pasien dengan bermusyawarah dengan keluarga, pasien mengatakan tidak pernah mengikuti kegiatan kemasyarakatan. Dampak penyakit terhadap keluarga cemas dengan kondisi pasien. Masalah yang mempengaruhi pasien adalah pasien tirah baring dan tidak bisa melakukan kegiatan aktivitas seperti biasanya. Mekanis koping terhadap stress yang dilakukan oleh pasien adalah makan dan tidur, pasien mengataka ingin segera sembuh dan bisa berkumpul kembali dengan anak cucu dirumah setelah menjalani perawatan, perubahan yang dirasakan pasien sejak jatuh sakit adalah pasien mengatakan merasa tidak bisa beraktivitas seperti biasanya. Pasien mengatakan tidak ada nilai-nilai yang bertentangan degan kesehatan, aktivitas agama atau kepercayaan yang dilakukan pasien tidak ada, lingkungan rumah yang mempengaruhi kesehatan saat ini yaitu pasien mengatakan tidak ada karena lingkungan rumah pasien bersih.

f. Pola kebiasaan

1) Pola nutrisi

Sebelum sakit : Pasien makan 3x sehari, nafsu makan baik, pasien mampu menghabiskan 1 porsi makanan, makanan yang tidak

disukai tidak ada, tidak ada makanan yang membuat alergi, makanan pantangan tidak ada, tidak ada makanan diit, pasien tidak menggunakan obat-obatan sebelum makan dan pasien tidak menggunakan alat bantu makan seperti *Naso Gastric Tube* (NGT).

Dirumah sakit : Pasien makan 3x sehari, nafsu makan baik, pasien mampu menghabiskan makanan 1 porsi, pasien mengatakan tidak suka makan telur, tidak ada makanan yang membuat alergi, tidak ada makanan pantangan, tidak ada makanan diit, pasien tidak menggunakan obat-obatan sebelum makan, pasien tidak menggunakan alat bantu seperti *Naso Gastric Tube* (NGT).

2) Pola eliminasi

Sebelum sakit : Pasien buang air kecil 5 kali sehari, warna kuning jernih, tidak ada keluhan saat BAK dan pasien tidak menggunakan alat bantu seperti kateter. Pasien juga buang air besar 2x sehari, dengan waktu yang tidak nentu, warna kuning kecoklatan, konsistensi padat namun lunak, tidak ada keluhan saat BAB dan pasien tidak menggunakan laxatif.

Dirumah sakit: Pasien menggunakan pampers, frekuensi ganti pampers 3x sehari dengan warna urine kuning, tidak ada keluhan saat buang air kecil. Keluarga mengatakan hari ini belum buang air besar.

3) Pola *Personal Hygiene*

Sebelum sakit : pasien mandi 2x/hari di waktu pagi dan sore dengan menggunakan sabun, pasien gosok gigi 3x/hari di waktu

pagi sore dan malam sebelum tidur, dan pasien mencuci rambut 2x/minggu dengan menggunakan shampoo.

Dirumah sakit : pasien dibantu oleh istri dalam melakukan *personal hygiene* seperti seka badan 1x/hari diwaktu pagi hari, gosok gigi 1x/hari diwaktu pagi hari, dan pasien selama dirawat belum keramas.

4) Pola Istirahat dan Tidur

Sebelum sakit: Pasien tidur siang selama 2 jam/hari dan tidur malam selama 8 jam/hari, kebiasaan sebelum tidur pasien yaitu menonton tv.

Dirumah sakit: Pasien tidur siang selama 3jam/hari dan tidur malam selama 8jam/hari, kebiasaan sebelum tidur pasien tidak ada.

5) Pola Aktivitas dan Latihan

Sebelum sakit: Pasien melakukan aktivitas bersih-bersih halaman diwaktu pagi dan sore, pasien suka berolahraga jalan pagi dalam 6x/minggu dan pasien tidak ada keluhan dalam beraktivitas.

Dirumah sakit: Pasien lebih banyak tirah baring, tidak ada aktivitas lain karena pasien tidak kuat duduk terlalu lama, dan tidak bisa berdiri, sehingga aktivitas pasien harus dibantu oleh istri atau anaknya.

6) Kebiasaan yang mempengaruhi kesehatan

Sebelum sakit: Pasien tidak merokok, pasien tidak mengkonsumsi alkohol serta tidak ada ketergantungan terhadap obat-obatan yang terlarang.

Dirumah sakit: Pasien tidak merokok, pasien tidak mengonsumsi alkohol dan tidak ada ketergantungan terhadap obat-obatan yang terlarang.

4. Pengkajian Fisik

a. Pemeriksaan Umum

Pasien memiliki berat badan 68 kg sesudah sakit dan sebelum sakit 70kg, tinggi badan pasien 178cm, tekanan darah pasien 118/73 mmHg, frekuensi nadi pasien 82 x/menit, frekuensi nafas pasien 20x/menit, suhu tubuh pasien 37,2^oc. keadaan umum pasien sakit sedang dan tidak ada pembesaran pada kelenjar getah bening.

b. Sistem penglihatan

Mata pasien tampak simetris, kelopak mata pasien normal, konjungtiva anemis, kornea normal tidak tampak keruh/berkabut, sclera anikterik, pada pemeriksaan nervus III (okulomotorius) tampak diameter pupil 2 mm pada setiap bola mata, pupil isokor, pemeriksaan nervus IV (Troclearis) tidak ada kelainan pada otot-otot mata, hal ini dibuktikan dengan pasien mampu mengikuti arah tangan perawat dari atas ke bawah, pada pemeriksaan nervus II (Optikus) lapang pandang pasien baik yaitu 90^o ke samping fungsi penglihatan pasien baik, tidak ada tanda-tanda radang, pasien tidak menggunakan kaca mata, tidak menggunakan lensa kontak, dan reaksi terhadap cahaya baik, pada pemeriksaan nervus VI (*abducent*) tidak terdapat penglihatan *double* (diplopia).

c. Sistem Pendengaran

Daun telinga pasien tampak normal, tidak terdapat serumen, kondisi telinga tengah normal, tidak ada cairan yang keluar dari telinga, tidak ada perasaan penuh ditelinga, dan tidak terdapat tinitus. Pada pemeriksaan nervus VIII (akustikus) fungsi pendengaran pasien baik yang dibuktikan dengan pada saat pasien dibisikan, pasien mampu merespon dengan anggukan dan mengucapkan ulang kalimat yang dibisikan, dan pasien tidak menggunakan alat bantu dengar. Fungsi koordinasi pasien masih baik dibuktikan dengan pemeriksaan tes telunjuk – hidung pasien mampu melakukan dengan benar.

d. Sistem wicara

Pada pemeriksaan nervus XII (Hipoglosus) pasien diberikan instruksi oleh perawat untuk mendorong lidah ke pipi kanan dan kiri, pasien mampu melakukannya. Pasien tampak bisa menjulurkan lidah dan pasien mampu memutar lidah akan tetapi suara saat pasien bicara kurang jelas. Pada pemeriksaan nervus VII (*Fascialis*) saat pasien diberikan instruksi untuk mengerutkan dahi, mengangkat alis serta menutup mata sekuat-kuatnya tampak wajah kanan dan kiri pasien tidak simetris.

e. Sistem pernafasan

Pada nervus I (olfaktorius) tampak tidak ada kelainan dalam penciuman, pasien mampu menyebutkan bau yang diberikan dengan menutup mata dan menutup salah satu lubang hidung. Jalan nafas pasien bersih, pernafasan pasien tidak sesak, pasien tidak menggunakan otot bantu pernafasan, frekuensi nafas pasien 20x/menit,

irama teratur, jenis nafas pasien spontan, kedalaman nafas pasien tampak dalam, pasien tidak mengalami batuk dan tidak ada sputum, pada saat dilakukan palpasi dada tidak teraba massa dan nyeri tekan, pada saat diperkusi disemua lapang paru bunyi sama suara nafas vesikuler, pasien tidak merasa nyeri saat bernafas, pasien tidak menggunakan alat bantu nafas.

f. Sistem kardiovaskuler

1) Sirkulasi perifer

frekuensi nadi 82 x/menit, dengan irama teratur dan denyut frekuensi nadi kuat. Tekanan darah 118/73 mmHg, vena jugularis kiri dan kanan tidak tampak distensi, temperature kulit hangat dan warna kulit tidak tampak pucat dengan pengisian kapiler <2 detik, dan tidak terdapat edema.

2) Sirkulasi jantung

Kecepatan denyut apical 82 x/menit dengan irama teratur dan tidak ada kelainan bunyi jantung serta tidak terdapat sakit pada dada.

g. Sistem hematologi

Pasien tampak tidak pucat dan tidak ada perdarahan.

h. Sistem saraf pusat

Pasien tidak ada keluhan sakit kepala, tingkat kesadaran pasien compos mentis dengan GCS (E4M6V5), tidak terdapat adanya tanda-tanda peningkatan tekanan intrakranial, pasien mengalami kelemahan otot pada ekstermitas atas bawah kanan sehingga pasien tidak bisa berdiri, reflek fisiologis normal, reflek patologis (Babinski) tidak

ditemukan. Pada pemeriksaan nervus X (vagus) tidak terdapat kelainan yang dibuktikan dengan reflek menelan pasien baik. Pada pemeriksaan nervus V (trigeminus) saat menginstruksikan pasien untuk menggerakkan leher ke kanan dan ke kiri dengan tangan pemeriksa menahannya, tidak tampak tanda-tanda kelumpuhan.

i. Sistem pencernaan

Keadaan mulut pasien terdapat karies pada gigi, pasien menggunakan gigi palsu, tidak terdapat stomatitis, lidah pasien tampak bersih, saliva pasien normal, pasien tidak mengalami muntah. Pada pemeriksaan nervus IX (glossofaringeus) pasien mampu membedakan rasa asam dan manis. Pasien tidak mengalami nyeri pada perut, bising usus pasien 6x/menit, pasien tidak mengalami konstipasi, hepar tidak teraba, abdomen terdengar lembek.

j. Sistem endokrin

Tidak terjadi pembesaran kelenjar tiroid, nafas pasien tidak berbau keton, dan tidak terdapat ganggren.

k. Sistem urogenital

Balance cairan pada pasien per 24 jam pada tanggal 15 Maret 2023 pada pukul 07.00 WIB dengan intake 1.600 ml (infus 500 + mami 1.100 ml), output 1.480 ml (urine 800 + iwl 680 ml), jadi +120 ml dalam 24 jam, perubahan pola kemih tidak ada, bak kuning jernih, tidak ada distensi kandung kemih, tidak ada muntah, tidak ada keluhan sakit.

l. Sistem integumen

Tugor kulit pasien tampak baik dengan temperature hangat, warna kulit tampak tidak pucat dengan keadaan kulit baik, tampak bengkak dan kemerahan pada kaki bagian kanan dan teraba hangat, dan pasien terpasang infus di tangan kiri yaitu RL 6 TPM dengan cairan 500cc/24jam serta rambut pasien dalam keadaan bersih dan tekstur baik.

m. Sistem muskulosketal

Pasien mengalami kesulitan dalam pergerakan, rentang gerak pasien terbatas, tidak terdapat sakit pada tulang sendi atau kulit, tidak terdapat fraktur, tidak dapat kelainain pada struktur tulang belakang, dan keadaan tonus otot baik, pasien mengatakan tidak bisa berdiri dan tidak bisa berjalan tanpa bantuan semenjak sakit.

Kekuatan otot

4 4 4 4	5 5 5 5
4 4 4 4	5 5 5 5

5. Data tambahan

Keluarga pasien mengatakan sudah tahu bahwa pasien mengalami stroke yang disebabkan oleh hipertensi sehingga mengakibatkan pasien tidak sadarkan diri.

6. Data penunjang

Hasil pemeriksaan **USG Doppler vaskuler tanggal 15 maret 2023**

Kesimpulan: *Chronic venous insufficiency* (CVI) ringan tungkai kanan.

Hasil pemeriksaan **CT-Scan tanggal 13 Maret 2023**

Kesan : *brain atrofi*.

7. Penatalaksanaan

Terapi oral : Pletaal 2x100mg (Pukul 12.00 & 24.00 WIB), Omeprazole 2x20mg (Pukul 12.00 & 24.00 WIB), Ambroxol 3x1mg (pukul 06.00, 12.00, 20.00 WIB), Salbutamol 3x2mg (Pukul 06.00, 12.00, 20.00), Miniaspi tablet 1x80mg (Pukul 12.00 WIB), Amplodipine 1x10mg (Pukul 18.00 WIB), ISDN 3x5mg (Pukul 06.00, 12.00, 20.00 WIB). Terapi injeksi Citicolin 2x500mg IV (Pukul 12.00 & 24.00 WIB), Mecobalamin 3x500mg IV (Pukul 06.00. 12.00, 20.00 WIB), Lasic 2x20mg IV (Pukul 08.00 & 20.00 WIB), Ceftriaxone 1x2gr IV (Pukul 18.00 WIB).

8. Data fokus

Data subjektif: Pasien mengatakan lemas, dan bengkak pada kaki bagian kanan disertai kemerahan, gatal, dan terdapat nyeri bila dipegang atau digerakan, skala nyeri 3, pasien mengatakan tidak kuat duduk terlalu lama, dan tidak bisa berdiri, pasien mengatakan khawatir dengan kondisinya karena takut akan meninggalkan anak dan istrinya, pasien mengatakan sulit berkonsentrasi, pasien mengatakan merasa tidak berdaya, pasien mengatakan punya riwayat penyakit hipertensi dan jantung sejak 2 tahun yang lalu, dan pasien biasa minum obat jantung dan hipertensi secara teratur.

Data objektif: Keadaan umum pasien sakit sedang, kesadaran compos mentis, GCS E4M6V5, pasien tampak lemas, pasien lebih banyak tirah baring, pasien bicara kurang jelas, tidak ada aktivitas lain karena pasien tidak kuat duduk terlalu lama, tungkai bawah kanan pasien tampak

kemerahan, rentang gerak pasien terbatas, pasien tidak bisa berdiri tanpa bantuan keluarga dengan kekuatan otot pada ekstermitas kanan atas bawah 4444 dan ekstermitas kiri atas bawah 5555. Tanda-tanda vital : TD: 118/73 mmHg, saat masuk RS 145/77 mmHg, frekuensi nadi: 82x/menit, frekuensi nafas 20x/menit, suhu 37,2°C, hasil lab : jumlah leukosit 18.17 (4.00 - 10.50), asam urat 7.7 (3.4 - 7.0), kalium (K) 3.35 mEq/L (3.5 - 5.0). Hasil USG Doppler vaskuler, vena tungkai : Kesan *chronic venous insufficiency* (CVI) ringan tungkai kanan, hasil pemeriksaan CT-Scan: brain atrofi.

9. Analisa data

No	Data	Masalah	Etiologi
1.	<p>Data Subjektif</p> <p>Pasien mengatakan lemas, pasien mengatakan mempunyai riwayat hipertensi sejak 2 tahun yang lalu.</p> <p>Objektif : keadaan umum pasien sakit sedang, kesadaran compos mentis, GCS: E4M6V5, bicara sedikit kurang jelas (pelo), pasien masih mampu mengangkat kaki kanan dan</p>	<p>Resiko perfusi serebral tidak efektif</p>	<p>Factor resiko hipertensi</p>

2.	<p>tangan kanan namun sedikit lemah (hemiparise), tanda-tanda vital: TD: 118/73 mmHg, saat masuk RS 145/77 mmHg, frekuensi nadi: 82x/menit, frekuensi napas: 20x/menit, suhu:37,2°c, hasil CT-Scan brain atrofi.</p> <p>Data Subjektif</p> <p>Pasien mengatakan lemas, pasien mengatakan tidak bisa duduk terlalu lama, dan tidak bisa berdiri.</p> <p>Data Objektif</p> <p>Pasien tampak lemas, pasien lebih banyak tirah baring, tidak ada aktivitas lain, gerakan pasien terbatas, pasien baru bisa duduk dengan bantuan orang lain. kekuatan otot pada ektermitas kanan bawah 4444 dan ektermitas</p>	Gangguan mobilitas fisik	Penurunan kekuatan otot
----	---	--------------------------	-------------------------

3.	<p>kiri bawah 5555.</p> <p>Data Subjektif</p> <p>Pasien mengatakan bengkak pada kaki bagian kanan disertai merah, gatal dan terasa panas, sedikit nyeri bila diraba atau digerakkan, skala nyeri 3.</p> <p>Data Objektif</p> <p>Pasien mengalami hemiparise sisi tubuh sebelah kanan, tungkai bawah kaki kanan tampak memerah dan teraba hangat, suhu:37,2°c, leukosit 18.17 (4.00-10.50), asam urat 7.7 (3.4-7.0), Hasil USG Doppler vaskuler, vena tungkai : Kesan <i>Chronic venous insufficiency (CVI)</i> ringan tungkai kanan</p>	Resiko gangguan integritas kulit	perubahan sirkulasi dan penurunan mobilitas
4.	<p>Data Subjektif</p> <p>Pasien mengatakan punya riwayat penyakit hipertensi</p>	Resiko penurunan curah jantung	Perubahan <i>afterload</i>

5	<p>dan jantung sejak 2 tahun yang lalu, pasien biasa minum obat jantung dan hipertensi secara teratur.</p> <p>Data Objektif</p> <p>TD: 118/73 mmHg, saat masuk RS 145/77 mmHg, frekuensi nadi: 82x/menit, frekuensi nafas 20x/menit, suhu 37,2^oc, kalium (K) 3.35 mEq/L (3.5-5.0).</p> <p>Data Subjektif</p> <p>Pasien mengatakan khawatir dengan kondisinya karena takut akan meninggalkan anak dan istrinya, pasien mengatakan sulit berkonsentrasi, pasien mengatakan merasa tidak berdaya.</p> <p>Data Objektif</p> <p>Pasien tampak tegang, pasien tampak sulit tidur, tanda-tanda vital: TD:</p>	Ansietas	Krisis situasional
---	--	----------	--------------------

	118/73 mmHg, frekuensi nadi: 82x/menit, frekuensi napas: 20x/menit.		
--	---	--	--

B. Diagnosa keperawatan

Berdasarkan analisa data diatas maka dirumuskan diagnosa keperawatan sesuai prioritas, yaitu:

1. Resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan factor resiko hipertensi.
2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot.
3. Resiko gangguan integritas kulit berhubungan dengan perubahan sirkulasi
4. Resiko penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan *afterload*.
5. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional.

C. Perencanaan, Pelaksanaan, dan Evaluasi Keperawatan

1. Resiko perfusi jaringan serebral tidak efektif berhubungan dengan factor resiko hipertensi ditandai dengan

Data Subjektif: Pasien mengatakan lemas, pasien mengatakan mempunyai riwayat hipertensi sejak 2 tahun yang lalu.

Data Objektif : Keadaan umum pasien sakit sedang, kesadaran compos mentis, GCS: E4M6V5, bicara sedikit kurang jelas (pelo), pasien masih mampu mengangkat kaki kanan dan tangan kanan namun sedikit lemah (hemiparise), tanda-tanda vital: TD: 118/73 mmHg, saat masuk RS 145/77

mmHg, frekuensi nadi: 82x/menit, frekuensi napas: 20x/menit, suhu:37,2oc, hasil CT-Scan brain atrofi.

Tujuan: Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam maka perfusi jaringan serebral meningkat.

Kriteria hasil: Tingkat kesadaran meningkat dan kognitif meningkat, tidak ada tanda-tanda peningkatan TIK, refleks saraf membaik, pasien tenang. tanda-tanda vital dalam batas normal.

Rencana tindakan

Pemantauan tekanan intrakranial

- a. Identifikasi adanya nyeri kepala, penurunan kekuatan otot, reflek pupil, reflek menelan, hemiparesis dan tanda babinsky
- b. Monitor tingkat kesadaran dengan memeriksa GCS
- c. Monitor tanda -tanda vital tekanan darah, frekuensi nadi, frekuensi napas, saturasi oksigen dan suhu tiap 4 jam.
- d. Monitor pupil, ukuran, bentuk, reaksi terhadap cahaya dan gerakan bola mata setiap 8 jam
- e. Monitor pernapasan meliputi pola dan irama, dan auskultasi bunyi napas
- f. Berikan posisi kepala 15-30 derajat
- g. Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas setiap 8 jam
- h. Berikan terapi farmakologis sesuai program meliputi: Pletaal 2x100mg (Pukul 12.00 & 24.00 WIB), Miniaspi 1x80mg (pukul 12.00 WIB) Ambroxol 3x1mg (Pukul, 06.00, 12.00, 20.00 WIB) Salbutamol 3x2mg (Pukul 06.00, 12.00, 20.00 WIB), terapi injeksi Citicolin

2x500mg IV (Pukul 12.00 & 24.00 WIB), Mecobalamin 3x500mg IV (Pukul 06.00, 12.00, 20.00 WIB).

Pelaksanaan 15 Maret 2023

Pukul 06.00 WIB, memberikan 1 tablet ambroxol 1mg, memberikan 1 tablet salbutamol 2mg, memberikan injeksi 1 ampul mecobalamin, untuk oral obat sudah diminum semua, untuk injeksi obat sudah masuk dan tidak ada reaksi alergi. Pukul 09.00 WIB memonitor tanda-tanda vital, TD: 151/105 mmHg, frekuensi nadi: 88x/menit, frekuensi napas: 20x/menit, Suhu: 36,5°C, saturasi oksigen 98%; Pukul 09.10 WIB memonitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas, saturasi oksigen, frekuensi napas 21x/menit irama pasien tampak normal, kedalam napas tampak normal, pasien tampak bernapas dengan normal, tidak terdapat produksi sputum berlebih, saturasi oksigen 98%; Pukul 09.15 WIB memonitor tingkat kesadaran dengan GCS: E4M6V5; mengidentifikasi adanya nyeri kepala, penurunan kekuatan otot, reflek pupil, hemiparesis, pasien tampak tenang dan tidak nyeri kepala, penurunan kekuatan otot terjadi pada ekstremitas kanan, reflek pupil baik, pasien tampak tirah baring, pasien tampak mengalami hemiparese pada kedua ekstremitas kanan; memonitor pupil, ukuran, bentuk, reaksi terhadap cahaya dan gerakan bola mata, kedua pupil tampak isokor, simetris, dengan ukuran 2mm pada setiap bola mata kanan dan kiri, reaksi terhadap cahaya baik, pergerakan bola mata mampu mengikuti arah jari perawat yang digerakkan; Pukul 10.00 WIB memberikan posisi kepala 15-30 derajat, pasien mengatakan nyaman dengan posisi yang diberikan; Pukul 12.00 WIB, memberikan 1 tablet

pletaal 100mg, memberikan 1 tablet miniaspi 80mg, memberikan 1 tablet ambroxol 1mg, memberikan 1 tablet salbutamol 2mg, memberikan 1 ampul citicolin 500mg, 1 ampul mecobalamin 500mg, untuk oral obat sudah diminum, untuk injeksi obat sudah masuk dan tidak ada reaksi alergi. Pukul 16.00 WIB, memonitor tanda-tanda vital, TD: 150/90 mmHg, frekuensi nadi: 93x/menit, frekuensi napas: 20x/menit; Pukul 20.00 WIB; memberikan 1 tablet ambroxol 1mg, memberikan 1 tablet salbutamol 2mg, memberikan injeksi intravena 1 ampul mecobalamin 500mg, untuk oral obat sudah diminum, untuk injeksi obat sudah masuk dan tidak ada reaksi alergi, pasien tampak kooperatif; Pukul 21.00 WIB memonitor tanda-tanda vital, TD: 150/98 mmHg, frekuensi nadi: 80x/menit, frekuensi napas: 20x/menit, Suhu: 36°C. Pukul 24.00 WIB, memberikan 1 tablet pletaal 100mg, memberikan obat injeksi 1 ampul citicolin 500mg, untuk oral obat sudah diminum, untuk injeksi obat sudah masuk dan tidak ada reaksi alergi.

Pelaksanaan 16 Maret 2023

Pukul 06.00 WIB, memberikan 1 tablet ambroxol 1mg, memberikan 1 tablet salbutamol 2mg, memberikan injeksi 1 ampul mecobalamin, untuk oral obat sudah diminum, untuk injeksi obat sudah masuk dan tidak ada reaksi alergi. Pukul 08.15 WIB memonitor tanda-tanda vital, TD:138/67 mmHg, frekuensi frekuensi nadi: 97x/menit, frekuensi napas:20x/menit, Suhu: 36,5°C; memonitor tingkat kesadaran dengan GCS: E4M6V5 compos mentis; memonitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas, frekuensi napas 21x/menit irama pasien tampak normal, kedalam napas

tampak normal, pasien tampak bernapas dengan normal; Pukul 08.50 WIB memonitor pola napas, pola napas pasien tampak normal eupnea, pasien tidak terpasang oksigen nasal kanul. Pukul 09.00 WIB mengidentifikasi adanya nyeri kepala, penurunan kekuatan otot, reflek pupil, hemiparese dan tanda babinsky, pasien tampak tenang dan tidak nyeri kepala, pasien masih mengalami penurunan kekuatan otot terjadi pada ekstremitas kanan dengan kekuatan otot 4444, reflek pupil baik, pasien tampak tirah baring, pasien tampak mengalami hemiparese pada kedua ekstremitas kanan; memonitor pupil, ukuran, bentuk, reaksi terhadap cahaya dan gerakan bola mata, kedua pupil tampak isokor, simetris, dengan ukuran 2mm pada setiap bola mata, reaksi terhadap cahaya baik, pergerakan bola mata mampu mengikuti arah jari perawat yang digerakkan; Pukul 09.45 WIB memberikan posisi kepala 15 - 30 derajat, pasien tampak nyaman dengan posisi kepala yang berada pada ketinggian 30 derajat; Pukul 12.00 WIB, memberikan 1 tablet pletaal 100mg, memberikan 1 tablet miniaspi 80mg, memberikan 1 tablet ambroxol 1mg, memberikan 1 tablet salbutamol 2mg, memberikan injeksi intravena 1 ampul citicolin 500mg, memberikan 1 ampul mecobalamin 500mg, untuk injeksi obat sudah masuk dan tidak ada reaksi alergi. Pukul 13.10 WIB, memonitor tanda-tanda vital, TD: 131/97 mmHg, frekuensi nadi: 93x/menit, frekuensi napas: 20x/menit; Pukul 20.00 WIB, memberikan 1 tablet ambroxol 1mg, memberikan 1 tablet salbutamol 2mg, memberikan injeksi intravena 1 ampul mecobalamin 500mg, untuk injeksi obat sudah masuk dan tidak ada reaksi alergi, pasien tampak kooperatif Pukul 20.40 WIB memonitor tanda-tanda vital, TD:

131/93 mmHg, frekuensi nadi: 93x/menit, frekuensi napas: 20x/menit, Suhu: 36°C; Pukul 24.00 WIB, memberikan 1 tablet pletaal 100mg, memberikan obat injeksi 1 ampul citicolin 500mg, untuk injeksi obat sudah masuk dan tidak ada reaksi alergi.

Pelaksanaan 17 Maret 2023

Pukul 06.00 WIB memberikan 1 tablet ambroxol 1mg, memberikan 1 tablet salbutamol 2mg, memberikan terapi injeksi intravena 1 ampul mecobalamin 500mg, untuk injeksi obat sudah masuk dan tidak ada reaksi alergi. Pasien tampak kooperatif saat diberi terapi; Pukul 07.30 WIB memonitor tanda-tanda vital, TD:119/67 mmHg, frekuensi frekuensi nadi: 90x/menit, frekuensi napas:20x/menit, Suhu: 35,8°C; memonitor tingkat kesadaran dengan GCS: E4M6V5 composmentis; memonitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas, frekuensi napas 21x/menit irama pasien tampak normal, kedalam napas tampak normal, pasien tampak bernapas dengan normal; memonitor pola napas, pola napas pasien tampak normal; Pukul 08.00 WIB, mengidentifikasi adanya nyeri kepala, penurunan kekuatan otot, reflek pupil, hemiparese dan tanda babinsky, pasien tampak tenang dan tidak nyeri kepala, pasien masih mengalami penurunan kekuatan otot terjadi pada ekstremitas kanan dengan kekuatan otot 4444, reflek pupil baik, pasien tampak tirah baring, pasien tampak mengalami hemiparese pada kedua ekstremitas kanan; memonitor pupil, ukuran, bentuk, reaksi terhadap cahaya dan gerakan bola mata, kedua pupil tampak isokor, simetris, dengan ukuran 2mm pada setiap bola mata, reaksi terhadap cahaya baik, pergerakan bola mata mampu mengikuti arah jari

perawat yang digerakkan; Pukul 09.15 WIB memberikan posisi kepala 15 - 30 derajat, pasien tampak nyaman dengan posisi kepala yang berada pada ketinggian 30 derajat. Pukul 12.00 WIB, memonitor tanda-tanda vital, TD: 104/68 mmHg, frekuensi frekuensi nadi: 103x/menit, frekuensi napas: 20x/menit; memberikan 1 tablet pletaal 100mg, memberikan 1 tablet miniaspi 80mg, memberikan 1 tablet ambroxol 1mg, memberikan 1 tablet salbutamol 2mg, memberikan injeksi intravena 1 ampul citicolin 500mg, memberikan 1 ampul mecobalamin 500mg, untuk injeksi obat sudah masuk dan tidak ada reaksi alergi. Pukul 20.00 WIB, memberikan 1 tablet ambroxol 1mg, memberikan 1 tablet salbutamol 2mg, memberikan injeksi intravena 1 ampul mecobalamin 500mg, untuk injeksi obat sudah masuk dan tidak ada reaksi alergi, pasien tampak kooperatif; memonitor tanda-tanda vital, TD: 101/70 mmHg, frekuensi nadi: 80x/menit, frekuensi napas: 20x/menit, Suhu: 36°C; Pukul 24.00 WIB, memberikan 1 tablet pletaal 100mg, memberikan obat injeksi 1 ampul citicolin 500mg, untuk injeksi obat sudah masuk dan tidak ada reaksi alergi.

Evaluasi 17 Maret 2023

Subjektif: Pasien mengatakan masih merasa lemas, pasien mengatakan tidak ada nyeri kepala

Objektif: Pasien tampak tirah baring, GCS pasien tampak normal respon mata pasien meningkat E4M6V5, kesadaran pasien compos mentis, tanda-tanda vital, TD:130/85 mmHg, frekuensi nadi: 90x/menit, frekuensi napas: 20x/menit, Suhu: 36,6°C, saturasi oksigen 98%.

Analisa: Tujuan belum teratasi

Perencanaan: Intervensi dilanjutkan dilanjutkan oleh perawat ruangan untuk point a, b, c, d, e, f, g, h, i.

2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot yang ditandai dengan

Data Subjektif: Pasien mengatakan lemas, pasien mengatakan tidak bisa duduk terlalu lama, dan tidak bisa berdiri.

Data Objektif: Pasien tampak lemas, pasien lebih banyak tirah baring, tidak ada aktivitas lain, gerakan pasien terbatas, pasien baru bisa duduk dengan bantuan orang lain. kekuatan otot pada ektermitas kanan bawah 4444 dan ektermitas kiri bawah 5555.

Tujuan: Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 3x24 jam, maka diharapkan mobilitas fisik pasien meningkat

Kriteria Hasil: Rentang gerak (ROM) mengalami peningkatan dan kekuatan otot meningkat. Tidak mengalami nyeri pada saat bergerak, tidak takut untuk bergerak, sendi menjadi lebih lentur dan tidak kaku, mampu bergerak secara mandiri meningkat.

Rencana tindakan:

Dukungan ambulasi

- a. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya
- b. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan
- c. Identifikasi kekuatan otot setiap 8 jam
- d. Monitor frekuensi jantung dan TD sebelum memulai ambulasi

- e. Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu pagar tempat tidur, kursi atau bantal
- f. Anjurkan ambulasi dini duduk di tempat tidur dan menggerakkan ekstermitas yang lumpuh
- g. Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (duduk di tempat tidur dan ROM)
- h. Bantu *Activity Daily Living* (ADL) pasien mulai dari pindah posisi, mandi, BAB dan BAK, serta berpakaian.

Pelaksanaan 15 Maret 2023

Pukul 08.00 WIB mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik pada pasien, pasien tampak hanya berbaring; Pukul 08.20 WIB mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, pasien tampak lemah dan kesulitan dalam menggerakkan ekstermitas kanan; Pukul 08.30 mengidentifikasi kekuatan otot kekuatan otot ekstermitas kanan 4444 dan kekuatan otot ekstermitas kiri 5555; Pukul 10.35 WIB memonitor frekuensi jantung dan TD sebelum memulai ambulasi, TD:150/101 mmHg, frekuensi nadi: 98x/menit, frekuensi napas: 20x/menit, Suhu: 36,5°C, saturasi oksigen 98%; Pukul 10.55 WIB mengidentifikasi keterbatasan fungsi dan gerak sendi, pasien mengalami keterbatasan gerak pada ekstermitas kanan, Pukul 11.00 WIB memonitor lokasi dan ketidak nyamanan atau rasa sakit selama gerakan aktivitas, pasien hanya berbaring dan belum dapat melakukan aktivitas apapun. Pukul 13.50 WIB mengajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan ditempat tidur, pasien melakukan pergerakan miring kanan dan kiri.

Pelaksanaan 16 Maret 2023

Pukul 10.15 WIB mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik pada pasien, pasien mengatakan tangan dan kaki kanan masih bengkak; Pukul 10.30 WIB mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, pasien tampak lemah dan kesulitan dalam menggerakkan ekstermitas kanan; Pukul 10.40 mengidentifikasi kekuatan otot kekuatan otot ekstermitas kanan 4444 dan kekuatan otot ekstermitas kiri 5555; Pukul 11.00 WIB memonitor frekuensi jantung dan TD sebelum memulai ambulasi, frekuensi nadi pasien 98x/menit, TD: 145/90 mmHg; Pukul 11.45 WIB melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, keluarga tampak membantu pasien dalam melakukan ambulasi seperti membantu pasien duduk di tempat tidur; Pukul 13.00 WIB mengidentifikasi keterbatasan fungsi dan gerak sendi, pasien mengalami keterbatasan gerak pada ekstermitas kanan, Pukul 13.10 WIB memonitor lokasi dan ketidaknyamanan atau rasa sakit selama gerakan aktivitas, pasien mengatakan tidak nyaman jika duduk terlalu lama; Pukul 13.30 WIB memberikan penguatan positif berupa pujian dan motivasi untuk melakukan latihan bersama pasien tampak bersemangat setelah diberikan motivasi.

Pelaksanaan 17 Maret 2023

Pukul 08.30 WIB mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik, pasien mengatakan bengkak pada kaki kanan berkurang dan sudah tidak ada nyeri, Pukul 08.40 WIB mengidentifikasi kekuatan otot pasien, kekuatan otot pasien pada ekstremitas atas kanan 4444, ekstremitas atas kiri 5555,

ekstremitas bawah kanan 4444, ekstremitas bawah kiri 5555; Pukul 10.30 WIB, frekuensi jantung dan TD sebelum memulai ambulasi, frekuensi frekuensi nadi: 95x/menit dan TD pasien 141/86 mmHg; Pukul 10.50 WIB memfasilitasi menggunakan pergerakan, pasien tampak dimiringkan ke kanan sekitar 10 detik dan duduk ditempat tidur sekitar 10 detik; Pukul 11.00 WIB memfasilitasi dengan menggunakan alat bantu, pasien tampak menggunakan sisi tempat tidur sebagai alat bantu untuk miring dan duduk ditempat tidur dengan dibantu keluarga dan perawat; Pukul 11.20 WIB menganjurkan ambulasi dini, pasien mengatakan keinginan untuk melakukan ambulasi dini seperti duduk ditempat tidur, pasien belum mampu melakukan ambulasi terlalu lama; Pukul 11.35 WIB mengajarkan ambulasi sederhana, pasien tampak mampu untuk duduk ditempat tidur selama 15 detik.

Evaluasi 17 Maret 2023

Subjektif: Pasien mengatakan masih lemas, pasien mengatakan bengkak pada kaki kanan berkurang, pasien mengatakan masih belum mampu melakukan aktivitas secara mandiri.

Objektif: Pasien tampak lemas, pasien tampak tirah baring, bengkak pada pasien berkurang, tanda-tanda vital, TD:130/85 mmHg, frekuensi nadi: 90x/menit, frekuensi napas: 20x/menit, Suhu: 36,6°C, saturasi oksigen 98%.

Analisa: Tujuan belum teratasi

Perencanaan: Intervensi dilanjutkan oleh perawat ruangan pada poina,b,c,d,e,f,g,h.

3. Resiko gangguan integritas kulit berhubungan dengan perubahan sirkulasi ditandai dengan

Data Subjektif: Pasien mengatakan bengkak pada kaki bagian kanan disertai merah, gatal dan terasa panas, sedikit nyeri bila diraba atau digerakkan, skala nyeri 3.

Data Objektif: Pasien mengalami hemiparise sisi tubuh sebelah kanan, tungkai bawah kaki kanan tampak memerah dan teraba hangat, suhu:37,2oc, leukosit 18.17 (4.00 - 10.50), asam urat 7.7 (3.4 - 7.0), Hasil USG Doppler vaskuler, vena tungkai : Kesan Chronic venous insufficiency (CVI) ringan tungkai kanan.

Tujuan : Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24jam maka integritas kulit dan jaringan meningkat .

Kriteria hasil: Kemerahan menurun, suhu kulit membaik, sensasi gatal membaik.

Rencana tindakan :

Perawatan integritas kulit

- a. Identitas penyebab gangguan integritas kulit (mis. Perubahan sirkulasi)
- b. Ubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring
- c. Gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitive
- d. Anjurkan minum air yang cukup

- e. Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur.
- f. Berikan obat sesuai program meliputi Ceftriaxone 1x2gr (Pukul 18.00 WIB), dan Omeprazole 2x20mg (Pukul 12.00 & 24.00 WIB).

Pelaksanaan 15 maret 2023

Pukul 09.00 WIB, identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis.perubahan sirkulasi), pasien mengatakan bengkak pada kaki kanan yang bekas operasi sehingga muncul kemerahan gatal dan rasa hangat. Pukul 12.00 WIB, memberikan 1 tablet omeprazole 20mg, obat sudah diminum. Pukul 13.00 mengubah posisi pasien tiap 2jam jika tirah baring, pasien dibantu oleh keluarganya untuk merubah posisinya yang awal miring kanan sekarang miring kiri. Pukul 18.00 WIB, memberikan obat injeksi 1 ampul ceftriaxone 2gr, obat sudah dimasukan. Pukul 24.00 WIB, memberikan 1 tablet omeprazole 20mg, obat sudah diminum.

Pelaksanaan 16 maret 2023

Pukul 11.00 menggunakan produk bahan alami pada kulit sensitive, keluarga pasien mengatakan sudah memberikan bedak tabur herocyn ke bagian kaki kanan yang gatal. Pukul 12.00 WIB, memberikan 1 tablet omeprazole 20mg, obat sudah diminum, anjurkan pasien minum air yang cukup, pasien mengatakan sudah minum dengan gelas kecil sebanyak 2x. Pukul 18.00 WIB, memberikan 1 ampul ceftriaxone 2gr, obat sudah dimasukan. Pukul 24.00 WIB, memberikan 1 tablet omeprazole 20mg, obat sudah diminum.

Penatalaksanaan 17 maret 2023

Pukul 11.00 mengubah posisi pasien tiap 2jam jika tirah baring, pasien dibantu oleh keluarganya merubah posisinya untuk duduk selama 15 menit. Pukul 12.00 WIB, memberikan 1 tablet omeprazole 20mg, obat sudah diminum. Pukul 13.30 menganjurkan pasien mengkonsumsi buah dan sayur, pasien mengatakan sudah makan buah dan sayur yang telah diberikan oleh rumah sakit. Pukul 18.00 WIB, memberikan 1 ampul ceftriaxone 2gr, obat sudah dimasukkan.

Evaluasi 17 maret 2023

Subjektif: Pasien mengatakan rasa gatal dan panas pada kaki berkurang, pasien mengatakan masih terdapat kemerahan pada kaki kanan

Objektif: keadaan umum pasien sedang, kesadaran pasien cm, masih tampak kemerahan pada kaki kanan pasien, kulit tampak kering, sudah tidak terasa panas pada kaki, TD pasien 141/86 mmHg, frekuensi nadi 95x/menit, rr 20x/menit, suhu 36°C, saturasi oksigen 98%

Analisa : Tujuan belum teratasi

Perencanaan : intervensi dilanjutkan perawat di ruangan pada poin a,b,c,d,e.

4. Resiko penurunan curah jantung berhubungan dengan factor resiko perubahan afterload ditandai dengan

Data Subjektif: Pasien mengatakan punya riwayat penyakit hipertensi dan jantung sejak 2 tahun yang lalu, pasien biasa minum obat jantung dan hipertensi secara teratur.

Data Objektif: TD: 118/73 mmHg, saat masuk RS 145/77 mmHg, frekuensi nadi: 82x/menit, frekuensi nafas 20x/menit, suhu 37,2oc, kalium (K) 3.35 mEq/L (3.5 - 5.0).

Tujuan: Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 3x24 jam, maka diharapkan curah jantung meningkat

Kriteria hasil: Kekuatan nadi perifer meningkat, tekanan darah menurun, edema menurun, lelah menurun.

Perencanaan keperawatan:

Perawatan jantung

- a. Identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung (meliputi kelelahan, edema)
- b. Identifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung (meliputi batuk, kulit pucat)
- c. Monitor tekanan darah
- d. Monitor saturasi oksigen
- e. Monitor keluhan nyeri dada (mis. Intensitas, lokasi, radiasi)
- f. Anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi
- g. Berikan obat sesuai program Miniaspi tablet 1x80mg (Pukul 12.00 WIB), Amplodipine 1x10mg (Pukul 18.00 WIB), ISDN 3x5mg (Pukul 06.00, 12.00, 20.00 WIB). Lasix 2x20mg IV (Pukul 08.00 & 20.00 WIB).

Pelaksanaan 15 maret 2023

Pukul 06.00 WIB, memberikan 1 tablet obat ISDN 5mg, obat sudah diminum. Pukul 08.00 WIB, memberikan injeksi 1 ampul lasix 20mg, obat

sudah dimasukkan. Pukul 09.00 WIB, memonitor tekanan darah, TD pasien 141/86 mmHg, memonitor saturasi pasien, saturasi oksigen pasien 98%, pukul 10.00 WIB indentifikasi adanya edema atau kelelahan, pasien tidak ada edema, pasien mengatakan lelah jika miring terlalu lama. Pukul 12.00 WIB, memberikan 1 tablet obat miniaspi 80mg, memberikan 1 tablet ISDN 5mg, obat sudah diminum semua. Pukul 18.00 WIB, memberikan 1 tablet amlodipine 10mg, obat sudah diminum. Pukul 20.00 WIB, memberikan 1 ampul lasix 20mg, obat sudah dimasukkan.

Pelaksanaan 16 maret 2023

Pukul 06.00 WIB, memberikan 1 tablet obat ISDN 5mg, obat sudah diminum. Pukul 08.00 WIB, memberikan injeksi 1 ampul lasix 20mg, obat sudah dimasukkan. Pukul 11.00 WIB, memonitor adanya keluhan nyeri dada, pasien mengatakan tidak ada nyeri pada dada, indentifikasi adanya batuk atau kulit pucat, pasien mengatakan tidak ada batuk, kulit pasien tidak tampak pucat dengan pengisian kapiler <2 detik. pukul 12.00 WIB memberikan 1 tablet miniaspi 80mg, memberikan 1 tablet ISDN 5mg, obat sudah diminum semua. Pukul 13.00 menganjurkan pasien beraktivitas fisik sesuai toleransi, pasien melakukan aktivitas miring kanan dan kiri. Pukul 18.00 WIB, memberikan 1 tablet amlodipine 10mg, obat sudah diminum. Pukul 20.00 WIB, memberikan 1 ampul lasix 20mg, obat sudah dimasukkan.

Pelaksanaan 17 maret 2023

Pukul 06.00 WIB, memberikan 1 tablet obat ISDN 5mg, obat sudah diminum. Pukul 08.00 WIB, memberikan injeksi 1 ampul lasix 20mg, obat sudah dimasukkan. Pukul 08.55 WIB, memonitor tekanan darah, TD pasien 141/86 mmHg, memonitor saturasi oksigen, saturasi oksigen pasien 98%. Pukul 12.00 memberikan 1 tablet miniaspi 80mg, memberikan 1 tablet ISDN 5mg, obat sudah diminum semua. Pukul 18.00 WIB, memberikan 1 tablet amlodipine 10mg, obat sudah diminum. Pukul 20.00 WIB, memberikan 1 ampul lasix 20mg, obat sudah dimasukkan.

Evaluasi 17 maret 2023

Subjektif : pasien mengatakan masih lemas, pasien mengatakan tidak lelah

Objektif : pasien tampak lemas, pasien tidak ada edema, TD pasien 141/86 mmHg, frekuensi nadi 95x/menit, rr 20x/menit, suhu 36°C, saturasi oksigen 98%,

Analisa : tujuan teratasi

Perencanaan : intervensi dilanjutkan perawat di ruangan pada poin a,b,c,d,e,f

5. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional ditandai dengan

Data Subjektif: Pasien mengatakan khawatir dengan kondisinya karena takut akan meninggalkan anak dan istrinya, keluarga mengatakan sangat cemas dengan kondisi pasien.

Data Objektif: Pasien tampak tegang, pasien tampak sulit tidur, tanda-tanda vital: TD: 118/73 mmHg, frekuensi nadi: 82x/menit, frekuensi napas: 20x/menit.

Tujuan : Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 3x24 jam maka tingkat ansietas menurun.

Kriteria hasil : Cemas menurun, kekhawatiran akibat kondisi yang dihadapi menurun, perilaku tegang menurun.

Rencana tindakan : Reduksi ansietas

- a. Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan non verbal)
- b. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan
- c. Dengarkan dengan penuh perhatian
- d. Anjurkan keluarga untuk tetap bersamanya
- e. Latih teknik relaksasi tarik nafas dalam

Pelaksanaan 15 maret 2023

Pukul 09.10 wib memonitor tanda-tanda ansietas, pasien tampak bergetar saat berbicara dan terlihat tegang. Pukul 10.30 WIB, Menemani pasien untuk mengurangi kecemasan, pasien bercerita kegiatan yang biasa pasien lakukan saat dirumah.

Pelaksanaan 16 maret 2023

Pukul 09.00 mendengarkan dengan penuh perhatian, pasien menceritakan aktivitasnya pagi ini yaitu makanan yang pasien makan dan minuman yang pasien minum.

Pelaksanaan 17 maret 2023

Pukul 10.00 WIB, menganjurkan keluarga pasien untuk tetap menemaninya, keluarga pasien mengatakan selalu ada disamping pasien ketika istri pasien ingin pulang ke rumah tetap menunggu anaknya datang dahulu. Pukul 11.00 WIB, melatih pasien dengan teknik relaksasi, pasien melakukan teknik tarik nafas ketika pasien kesulitan tidur.

Evaluasi 17 maret 2023

Subjektif : Pasien mengatakan sudah tidak sulit tidur, pasien mengatakan sudah tidak khawatir dengan kondisinya.

Objektif: Keadaan umum pasien sedang, kesadaran cm, pasien tampak tenang, TD pasien 141/86 mmHg, frekuensi nadi 95x/menit, rr 20x/menit, suhu 36°C, saturasi oksigen 98%

Analisa: Tujuan teratasi

Perencanaan :

Intervensi dilanjutkan oleh perawat ruangan untuk poin a,b,c,d,e

BAB IV TINJAUAN PUSTAKA

Dalam bab ini penulis akan membahas kesenjangan antara teori di BAB sebelumnya dengan pasien nyata pada saat memberikan “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn. M Dengan Stroke Non Hemoragik Di Ruang Neurologi Kamar 1102 Di Rsud Koja Jakarta Utara” dari tanggal 15 Maret sampai 17 Maret 2023. Pembahasan disesuaikan dengan tahapan proses keperawatan mulai dari pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan dan evaluasi keperawatan.

A. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian merupakan dasar dari proses keperawatan secara keseluruhan. Kegiatan utama yang penulis lakukan dalam tahap pengkajian ini antara lain yaitu, pengumpulan data, pengelompokan data, menganalisis data guna untuk merumuskan diagnosis keperawatan. Pengumpulan data penulis lakukan dengan melakukan pengkajian data primer dan data sekunder. Data primer yang meliputi pengkajian fisik, observasi pasien, dan wawancara langsung dengan pasien dan keluarga, sedangkan data sekunder diperoleh dari catatan Rekam Medis RSUD Koja dan tim kesehatan medis lainnya.

Berdasarkan pengkajian penulis dapat menemukan bahwa penyebab stroke non hemoragik pada kasus karena hipertensi yang sudah dialami oleh pasien sejak 2 tahun yang lalu dan selama itu pasien selalu minum obat amlodipine.

Selain hipertensi pasien juga memiliki riwayat penyakit jantung sejak 2 tahun yang lalu, selama itu pasien minum obat miniaspi 1x80mg.

Menurut Black & Hawks (2014) dan LeMone, M.Burke & Bauldof, (2017) manifestasi stroke beragam mulai dari kelumpuhan pada wajah atau anggota badan sebelah (*hemiparise*) atau hemiplegia (*paralisis*) dan gangguan sensibilitas, penurunan kesadaran, gangguan komunikasi (*afasia*), pelo atau cadel (*disatria*), gangguan penglihatan (*diplopia*), gangguan menelan (*disfagia*), gangguan eliminasi yang mengakibatkan pasien mengalami inkontinensia dan konstipasi serta mengalami perubahan kognitif dan perilaku. Namun penulis tidak menemukan semua manifestasi klinis di kasus.

Gangguan penglihatan (*diplopia*) pada kasus tidak penulis temukan. Menurut Black & Hawks (2014) gangguan penglihatan (*diplopia*) adalah gangguan penglihatan yang terjadi apabila adanya infark pada lobus parietal atau temporal sehingga bisa mengganggu jaringan penglihatan dari saluran optik ke korteks oksipital dan mengganggu ketajaman penglihatan. Namun gangguan penglihatan (*diplopia*) tidak ditemukan pada kasus hal ini dibuktikan dengan saat dilakukan pemeriksaan nervus VI (*abducent*) gerakan bola mata pasien normal dan tidak terdapat penglihatan dobel (*diplopia*).

Pada pasien tidak ditemukan adanya perubahan kognitif dan perilaku hal ini dibuktikan dengan pasien mampu berorientasi dengan baik, saat dilakukan pemeriksaan pasien juga mampu menjawab pertanyaan yang diajukan perawat dengan baik. Perubahan kognitif dan perilaku dapat terjadi akibat dari kerusakan jaringan setelah iskemia atau hemoragi yang mengenai arteri karotis

atau vertebra, perubahan kesadaran juga dapat terjadi akibat edema serebra atau peningkatan TIK (LeMone, M.Burke & Bauldof, 2017)

Pada teori yang dikemukakan oleh Black & Hawks (2014) terdapat lima pemeriksaan radiologi yaitu *Angiografi serebri*, *Magnetic Resonance Imaging* (MRI), *USG Dopler*, *Computerized Tomography Scanning* (CT-Scan) dan elektroensefalografi EEG. Dari kelima pemeriksaan tersebut hanya satu yang dilakukan pada kasus yaitu CT-Scan, hasilnya ada atrofi pada otak (*brain atrofi*). Hal ini membuktikan bahwa jenis stroke pasien adalah stroke iskemik (non hemoragik). Hal ini dibuktikan oleh teori Setiawan, (2020) menyatakan bahwa Pemeriksaan penunjang awal pada stroke hemoragik biasanya menggunakan *Computerized tomography* (CT). Perdarahan meningkat dalam atenuasi dari 30 - 60 unit Hounsfield (HU) pada fase hiperakut menjadi 80 - 100 HU selama beberapa jam. Atenuasi dapat menurun pada anemia dan koagulopati. Edema vasogenik di sekitar hematoma dapat meningkat hingga mencapai 2 minggu.

Sedangkan pemeriksaan lain hanya untuk mencari faktor resiko atau faktor-faktor yang memperberat kondisi pasien. Pemeriksaan pendukung tersebut adalah pemeriksaan darah lengkap, tes darah koagulasi dan tes kimia darah. Dari hasil analisa pemeriksaan laboratorium tersebut ditemukan nilai leukosit yang cukup tinggi yaitu $18.17 \cdot 10^3/\text{ul}$ (4.00 - 10.50). Kondisi ini menunjukkan pasien mengalami infeksi yang bila tidak ditangani akan menimbulkan perburukan terhadap penyakitnya. Maka pemberian Ceftriaxone 1x2gr iv sudah diprogramkan dokter. Nilai kalium (K) 3.35 mEq/L (3.5 - 5.0) juga rendah. Menurut Nagari et al (2019) kekurangan kalium akan berdampak

terhadap penyakit jantung pasien. Bila jantung mengalami gangguan trombus dan emboli di dalam pembuluh darah akan terlepas dan terbawa hingga terperangkap dalam pembuluh darah distal, lalu menyebabkan pengurangan aliran darah yang menuju ke otak sehingga sel otak akan mengalami kekurangan oksigen, sel otak yang mengalami kekurangan oksigen dan memicu serangkaian radikal bebas sehingga terjadi kerusakan membran sel lalu mengkerut dan tubuh mengalami defisit neurologis lalu mati (Oktaviono, 2019).

Oleh karena itu harus ditangani tim medis supaya nilai kalium tidak semakin turun. AGD dilakukan pada kasus karena saat masuk IGD pasien mengalami masalah pernafasan, sehingga diperlukan pemeriksaan AGD untuk mengetahui kadar oksigen di dalam darah serta melihat bila ada kemungkinan adanya gangguan keseimbangan asam basa. Pada kasus dilakukan juga pemeriksaan USG Doppler vaskuler dengan hasilnya pasien mengalami *Chronic venous insufficiency* (CVI) ringan di tungkai kanan. Pemeriksaan tersebut dilakukan karena ditemukan adanya pembengkakan disertai kemerahan dan pasien mengeluh gatal. Dengan melihat hal ini maka penulis dapat menyimpulkan bahwa pemeriksaan penunjang atau diagnostik dilakukan bila dibutuhkan untuk menegakkan diagnosis pasti. Pemeriksaan penunjang yang berlebihan akan menjadi tidak efektif karena bisa merugikan pasien juga dokternya.

Faktor pendukung dalam melakukan pengkajian adalah keluarga pasien kooperatif dalam menjawab pertanyaan yang diberikan, kerja sama yang baik dengan perawat ruangan dan kepala ruangan yang membimbing dari awal

hingga akhir proses pengkajian. Faktor penghambat dalam melakukan pengkajian adalah pasien mengalami gangguan bicara yaitu pelo dan artikulasi yang tidak jelas sehingga mempersulit penulis untuk memahami apa yang diucapkan pasien, sebagai solusinya penulis akan bertanya kepada istri pasien karna istri pasien memahami apa yang disampaikan oleh pasien. Hambatan lainnya adalah pada hari pertama pengkajian data hanya diperoleh dari hasil anamnesa dan pemeriksaan fisik saja. Sehingga kurang mendukung untuk ditegakkan diagnosis keperawatan. Sebagai solusinya penulis minta izin ke kepala ruangan untuk dipinjamkan rekam medis pasien, namun penulis juga mendapat kesulitan saat membaca isi rekam medis pasien karena tulisan perawat dan dokter yang kurang jelas serta penulis belum biasa dengan istilah-istilah yang dipakai di ruangan. Solusinya kembali penulis minta bantuan ke kepala ruangan atau perawat-perawat lainnya untuk membacakan data yang dibutuhkan penulis seperti contohnya nama-nama obat atau instruksi-instruksi lainnya yang diberikan dokter. Di RSUD Koja data pasien sudah harus dicari di komputer ruangan. Saat penulis membutuhkan hasil CT-scan maka penulis minta izin ke perawat ruangan untuk mencari di komputer ruangan, namun penulis hanya menemukan filmnya saja tanpa ada tulisan ekspertisi dari dokter ahli radiologinya. Info dari perawat ruangan bahwa hasil CT-scan hanya akan dibacakan oleh dokter penanggung jawab apabila keluarga pasien ada yang ingin mengetahui hasilnya. Sebagai solusinya penulis minta bantuan kepala ruangan untuk menanyakan ke dokternya, berkat bantuan kepala ruangan penulis mendapat info walaupun tidak secara detil hanya berupa kesimpulan saja bahwa hasilnya CT-scan pasien menunjukkan ada *brain atropi*.

B. Diagnosa Keperawatan

Menurut LeMone, M.Burke and Bauldof (2017) dan Tim Pokja SDKI PPNI DPP PPNI (2017) ada empat diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien stroke yaitu resiko perfusi serebral tidak efektif yang berhubungan dengan peningkatan tekanan intracranial, infark jaringan otak, vasospasme serebral, dan edema serebral; gangguan mobilitas fisik yang berhubungan dengan penurunan kendali otot, penurunan massa otot, penurunan kekuatan otot, kekakuan sendi, gangguan musculoskeletal, gangguan neuromuscular; gangguan komunikasi verbal yang berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral, gangguan neuromuskuler, gangguan pendengaran, gangguan musculoskeletal kelainan palatum, hambatan fisik, hambatan individu, hambatan psikologis, dan gangguan eliminasi urine yang berhubungan dengan penurunan kapasitas kandung kemih, iritasi kandung kemih, penurunan kemampuan menyadari tanda-tanda gangguan kandung kemih, ketidakmampuan mengakses toilet, defisit nutrisi yang berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan, penurunan fungsi nervus hipoglasus dan vagus.

Pada kasus ditemukan lima diagnosis keperawatan, dua kasus sesuai teori yaitu resiko perfusi jaringan serebral tidak efektif berhubungan dengan faktor resiko hipertensi (stroke), dan gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot. Tiga diagnosis tidak sesuai teori namun ditemukan di kasus yaitu resiko gangguan integritas kulit berhubungan dengan perubahan sirkulasi, resiko penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan *afterload* dan ansietas berhubungan dengan krisis situasional.

Gangguan komunikasi muncul di teori pada pasien stroke iskemik bisa menimbulkan lesi atau kerusakan sel saraf pada daerah primer spesialisasi kortikal, khususnya pada daerah Broca dan Wernicke yang menyebabkan gangguan dalam berbahasa. Daerah Broca yang bertanggung jawab untuk kemampuan berbicara, terletak di lobus frontalis kiri dan berkaitan erat dengan daerah motorik korteks yang mengontrol otot – otot yang penting untuk artikulasi. Daerah Wernicke, yang terletak di korteks kiri pada pertemuan lobus – lobus parietalis, temporalis, dan oksipitalis berhubungan dengan pemahaman bahasa, baik tertulis maupun lisan. Sehingga, pada pasien stroke non hemoragik dapat terjadi gangguan komunikasi verbal yang disebabkan oleh gangguan neuromuskuler (Gao et al., 2020). Diagnosis ini tidak diangkat karena tidak ada data yang menunjang seperti adanya hasil pemeriksaan CT scan yang menyatakan kerusakan pada daerah Broca dan Wernicke

Gangguan eliminasi urine tidak ditemukan di kasus karena tidak ditemukan data Desakan berkemih (urgensi), Urin menetes (dribbling), Sering buang air kecil, Nocturia (buang air kecil pada malam hari), Mengompol dan Enuresis (tidak dapat menahan kencing).

Diagnosis yang ditemukan di kasus tapi tidak ditemukan di teori yaitu resiko gangguan integritas kulit. Diagnosis ini dimunculkan karena ada data-data yang mendukungnya yaitu dibuktikan dengan pasien mengalami bengkak pada kaki bagian kanan yang disertai kemerahan, gatal dan teraba panas.

Resiko penurunan curah jantung tidak ditemukan di teori namun ditemukan di kasus. Diagnosis ini dimunculkan karena di kasus penulis menemukan factor resiko yang mendukungnya yaitu hipertensi.

Diagnosis terakhir yang ditemukan di kasus namun tidak ditemukan di teori adalah ansietas. Faktor pencetus munculnya ansietas adalah kekhawatiran dengan kondisinya. Hal ini dukung oleh pendapat *Sigmund Freud* yang menjelaskan bahwa ansietas merupakan hasil dari ketidakmampuan menyelesaikan masalah, konflik yang tidak disadari. Penyebab ansietas dapat bersumber internal dan eksternal. Internal yang berasal dari dalam diri seseorang, ancaman integritas fisik meliputi disabilitas fisiologis yang akan terjadi atau penurunan kemampuan untuk melakukan aktifitas hidup sehari-hari. Ancaman terhadap sistem diri dapat membahayakan identitas, harga diri, dan fungsi sosial yang terintegrasi pada individu. Kecemasan dapat diekspresikan secara langsung melalui perubahan fisiologi dan perilaku dan serta tidak langsung melalui timbulnya gejala atau mekanisme koping dalam upaya melawan kecemasan. Intensitas perilaku akan meningkat sejalan dengan peningkatan tingkat kecemasan (Zaini, 2019). Ansietas dimunculkan di kasus karena ada bukti yang mendukungnya yaitu pasien khawatir dengan kondisinya karena takut meninggalkan anak dan istrinya, pasien tampak tegang, pasien tampak sulit tidur.

Faktor pendukung dalam merumuskan diagnosa keperawatan yaitu tersedianya banyak referensi seperti *text book* maupun jurnal *online* yang banyak tentang asuhan keperawatan pada pasien Stroke non hemoragik, banyaknya sumber yang tersedia sempat membuat penulis kebingungan dalam

menentukan acuan. Sebagai solusi yang penulis lakukan adalah dengan melakukan analisa dan diskusi dengan pembimbing ditemukanlah acuan yang cocok untuk digunakan. Hambatan yang dialami penulis saat melakukan perumusan diagnosa adalah data yang penulis peroleh sangat minimal sehingga kurang mendukung masalah yang diangkat. Sebagai solusinya penulis kembali cari-cari dan baca lagi data mentah yang diperoleh dari rekam medis pasien. Akhirnya dengan bantuan pembimbing data yang dibutuhkan dapat ditemukan dari catatan-catatan medis dan keperawatan sehingga bisa mendukung untuk menegakkan diagnosa keperawatan.

C. Perencanaan Keperawatan

Penulis menyusun rencana tindakan keperawatan berdasarkan prioritas masalah dalam teori dengan pasien yang sudah disesuaikan dengan waktu praktik yaitu 3x24 jam. Untuk kriteria hasil disusun secara spesifik, mampu diukur, dapat tercapai rasionalnya dan memiliki batas waktu yang telah diharapkan tercapai.

Menurut Tim Pokja PPNI (2018) dan Black & Hawks (2014) dalam perencanaan keperawatan pada pasien stroke dengan diagnosa keperawatan gangguan mobilitas fisik tidak terdapat rencana bantu *Activity Daily Living* (ADL) pasien. Namun penulis melakukan modifikasi pada perencanaan di diagnosa keperawatan gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot (stroke) pada ekstremitas kanan dan keluhan kaki kanan, penulis memasukan rencana fasilitasi melakukan mobilisasi fisik

dengan membantu memberikan posisi miring kiri dan miring kanan, serta ajarkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi.

Perencanaan keperawatan yang terdapat pada diagnosa risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan faktor risiko hipertensi terdapat perencanaan yang dimodifikasi yaitu dengan memasukkan rencana monitor kadar CO₂, ambil sampel drainase cairan serebrospinal.

Dalam melakukan penyusunan perencanaan keperawatan penulis menemukan hambatan dalam memberikan rencana asuhan yang sesuai dengan kondisi pasien namun tidak sesuai dengan teori sehingga penulis harus melakukan modifikasi terhadap beberapa intervensi dalam perencanaan. Sebagai solusi penulis mencari literatur lain dalam memodifikasi rencana tindakan yang akan dilakukan yaitu memberikan terapi farmakologis sesuai program.

D. Pelaksanaan Keperawatan

Pada tahap ini penulis melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana yang telah disusun dan semua tindakan keperawatan dilakukan pendokumentasian selama 3x24 jam. Dalam pelaksanaannya penulis mengalami beberapa kendala namun sudah ditemukan alternatif dengan bantuan kepala ruangan dan perawat ruangan.

Faktor pendukung dalam melakukan tindakan keperawatan adalah pasien dan keluarga sangat kooperatif saat dilakukan tindakan dan mampu bekerja sama dengan baik dengan penulis serta kepercayaan yang diberikan oleh

kepala perawat ruangan kepada penulis dalam melakukan tindakan keperawatan.

Dalam melakukan perencanaan keperawatan tentunya juga penulis menemukan hambatannya. Pada diagnosa keperawatan gangguan mobilitas fisik ada rencana yang harus penulis tunda dulu yaitu mengajarkan ambulasi sederhana (duduk di tempat tidur dan ROM). Tindakan ini ditunda dengan mempertimbangkan kondisi pasien dimana pasien sempat mengalami kenaikan tekanan darah. Selain itu dari hasil penelitian Mariana (2014) mengenai keterkaitan perubahan tekanan darah pada pasien stroke yang diberi latihan ROM, dilaporkan bahwa pasien stroke yang diberi latihan ROM akan mengalami peningkatan tekanan darah, menjadi lebih cepat dan kemudian tekanan darah akan meningkat sewaktu melakukan kegiatan. Batas tekanan darah pasien untuk dilakukan ROM adalah $<150/100$ mmHg. Dengan hasil penelitian Mariana inilah penulis menunda untuk dilakukan Latihan sampai kondisi pasien kembali membaik. Setelah kondisi pasien membaik dan tekanan darah pasien stabil kembali, penulis melanjutkan rencana tindakan yang tertunda dengan mengajarkan pada keluarga cara melakukan latihan ROM agar pasien tidak mengalami kontraktur dan kekuatan otot menjadi meningkat.

Hambatan lain saat penulis mau melakukan tindakan pemberian obat injeksi intravena, persiapan alat seperti bak injeksi, nierbeken, perlak kurang tersedia. Perawat ruangan memodifikasi bak injeksi dengan keranjang yang terkuat dari palstik. Namun hal tersebut tidak sesuai dengan *standard operating procedure* (SOP). Menurut Lestari (2016) pengertian dari

pemberian obat injeksi merupakan memasukan sejumlah obat kedalam vena dengan tujuan tertentu dengan menggunakan spuit. Dimana standar operasional peralatan yang harus disediakan alat meliputi, obat sesuai order, *aquadest* jika dibutuhkan, spuit sesuai dibutuhkan, tornikuet, alkohol swab, bengkok atau tempat sampah medis, pengalas, sarung tangan tidak steril, *septic box*, baki/nampan atau trolley (Lestari, 2016). Sebagai solusinya Tindakan berikutnya penulis menggunakan nursing kit berupa bengkok sebagai pengganti bak injeksi.

E. Evaluasi Keperawatan

Pada tahap evaluasi penulis melakukan evaluasi sesuai dengan teori menurut PPNI (2017) yaitu pada tahap evaluasi merupakan bentuk dari proses keperawatan karena kesimpulan dibuat dari evaluasi untuk menentukan perencanaan harus diakhiri, dilanjutkan, atau diubah. Dalam menentukan evaluasi penulis membuat evaluasi formatif yang berorientasi pada aktivitas proses keperawatan dan hasil tindakan keperawatan yang disebut sebagai evaluasi proses. Serta evaluasi yang dilakukan setelah perawat melakukan serangkaian tindakan keperawatan. evaluasi ini berfungsi menilai dan memonitor kualitas asuhan keperawatan yang diberikan. Pada evaluasi ini berorientasi pada masalah keperawatan yang sudah ditegakan, menjelaskan keberhasilan/ketidakberhasilan, rekapitulasi, dan atau kesimpulan status kesehatan klien sesuai dengan kerangka waktu yang telah ditetapkan.

Faktor pendukung dalam penyusunan evaluasi keperawatan yaitu pasien tampak kooperatif, perkembangan pasien yang memungkinkan sehingga

asuhan keperawatan yang diberikan didapatkan perkembangan. Kerja sama perawat dan tenaga medis lainnya yang berperan penting sehingga adanya perkembangan dengan kondisi pasien setiap harinya. Dalam menulis pendokumentasian keperawatan kita harus menulis dengan jelas dan rapih, agar tenaga kesehatan yang lain dapat membaca dan tidak terjadinya kesalahan dalam melakukan tindakan. Faktor penghambat pada evaluasi ini dimana keterbatasan waktu sehingga evaluasi dilakukan semaksimal mungkin. Tercapai sebagian tujuan asuhan keperawatan yang dipengaruhi juga dengan kondisi pasien serta waktu memberikan asuhan keperawatan. Solusinya dengan asuhan keperawatan dilanjutkan oleh perawat ruangan, dan menanyakan kondisi pasien langsung melalui komunikasi online.

BAB V PENUTUP

Pada bab ini penulis melakukan “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn. M dengan Stroke Non Hemoragik di Ruang Neurologi lantai 11 di kamar 1102 RSUD Koja Jakarta” dari tanggal 15 maret sampai 17 maret 2023. Maka penulis bisa menarik kesimpulan dan memberikan saran untuk meningkatkan mutu dan pelayanan kesehatan pada pasien dengan stroke non hemoragik.

A. Kesimpulan

Penyebab Stroke Non Hemoragik pada pasien akibat adanya riwayat hipertensi 2 tahun yang lalu. Di dalam pengkajian penulis mendapat kesenjangan dalam manifestasi klinis yaitu beberapa tanda dan gejala yang tidak ditemukan dikasus, pada pemeriksaan diagnostic hanya CT Scan yang sudah mendiagnostik penyakit pasien dan beberapa pemeriksaan lab sebagai pendukung untuk mencari factor resiko dari stroke sedangkan penatalaksanaan hamper semua terapi sudah sesuai dengan kasus, namun terapi pembedahan tidak dilakukan karena tidak ada indikasi untuk pembedahan. Penulis mendapat dukungan dari pasien dan keluarga, serta kepala ruangan / Cid an perawat ruangan sehingga data bisa dikumpulkan. Namun penulis juga mendapat hambatan yaitu pasien mengalami gangguan bicara yaitu pelo dan artikulasi yang tidak jelas sehingga mempersulit penulis untuk memahami apa yang diucapkan pasien, dan hambatan lainnya adalah pada hari pertama pengkajian data hanya diperoleh dari hasil anamnesa dan pemeriksaan fisik. Penulis menemukan lima diagnosa pada kasus, dimana 2 diagnosa sudah sesuai dengan yang dikemukakan oleh LeMone, M. Burke & Bauldof, (2017)

dan Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) yaitu resiko perfusi jaringan serebral tidak efektif berhubungan dengan factor resiko hipertensi (stroke) dan gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot (hemiparesis ektermitas kanan).

Terdapat tiga diagnosa yang tidak dikemukakan oleh LeMone, M. Burke & Bauldof, (2017) dan Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) namun yang muncul di kasus yaitu resiko gangguan integritas kulit berhubungan dengan perubahan sirkulasi, resiko penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan *afterload* dan ansietas berhubungan dengan krisis situasional. Selain itu terdapat diagnosa yang dikemukakan oleh LeMone, M. Burke & Bauldof, (2017) dan Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) namun tidak muncul pada pasien adalah gangguan eliminasi urine yang berhubungan dengan penurunan kapasitas kandung kemih dan gangguan komunikasi verbal yang berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral.

Perencanaan keperawatan disusun menyesuaikan dengan teori, dan berdasarkan prioritas masalah. Beberapa intervensi dimodifikasi sesuai dengan kondisi pasien. Dalam menetapkan batas waktu penulis menyesuaikan berdasarkan dengan jam dinas yaitu selama tiga hari. Refrensi yang cukup banyak membantu kelancaran dalam menyusun intervensi, hambatan yang dialami oleh penulis saat menyusun intervensi dapat ditemukan solusinya sehingga penulis dapat memberikan intervensi sesuai dengan kebutuhan pasien.

Pada tahap pelaksanaan keperawatan, tindakan dilakukan sesuai dengan rencana keperawatan yang telah disusun dan pelaksanaannya juga berjalan

dengan baik, ada beberapa yang mengalami hambatan namun sudah didapatkan solusinya.

B. Saran

Sebagai upaya dalam meningkatkan kualitas dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan stroke non hemoragik, maka penulis mencoba memberikan saran yang dapat berguna untuk semua pihak, diantaranya:

1. Bagi perawat ruangan

Dokumentasian keperawatan merupakan suatu catatan yang memuat seluruh data yang dibutuhkan bertujuan untuk menentukan diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, tindakan keperawatan, dan penilaian keperawatan yang disusun sebagai sistematis, valid, dan dapat dipertanggung jawabkan secara moral dan hukum. Tujuan dari pendokumentasian merupakan sarana komunikasi antar petugas medis, tagihan finansial, edukasi, pengkajian, riset, audit, dan dokumentasian legal. Diharapkan bagi seluruh tenaga medis dalam melakukan pendokumentasian untuk setiap kegiatan di rekam medis pasien hendaknya lebih dirapihkan lagi penulisannya dan ditulis lebih jelas sehingga tulisan bisa dibaca dengan mudah oleh tim tenaga kesehatan lainnya yang memerlukan informasi tersebut demi terjaminnya keselamatan pasien dan kelancaran selama pemberian asuhan keperawatan.

2. Untuk penulis

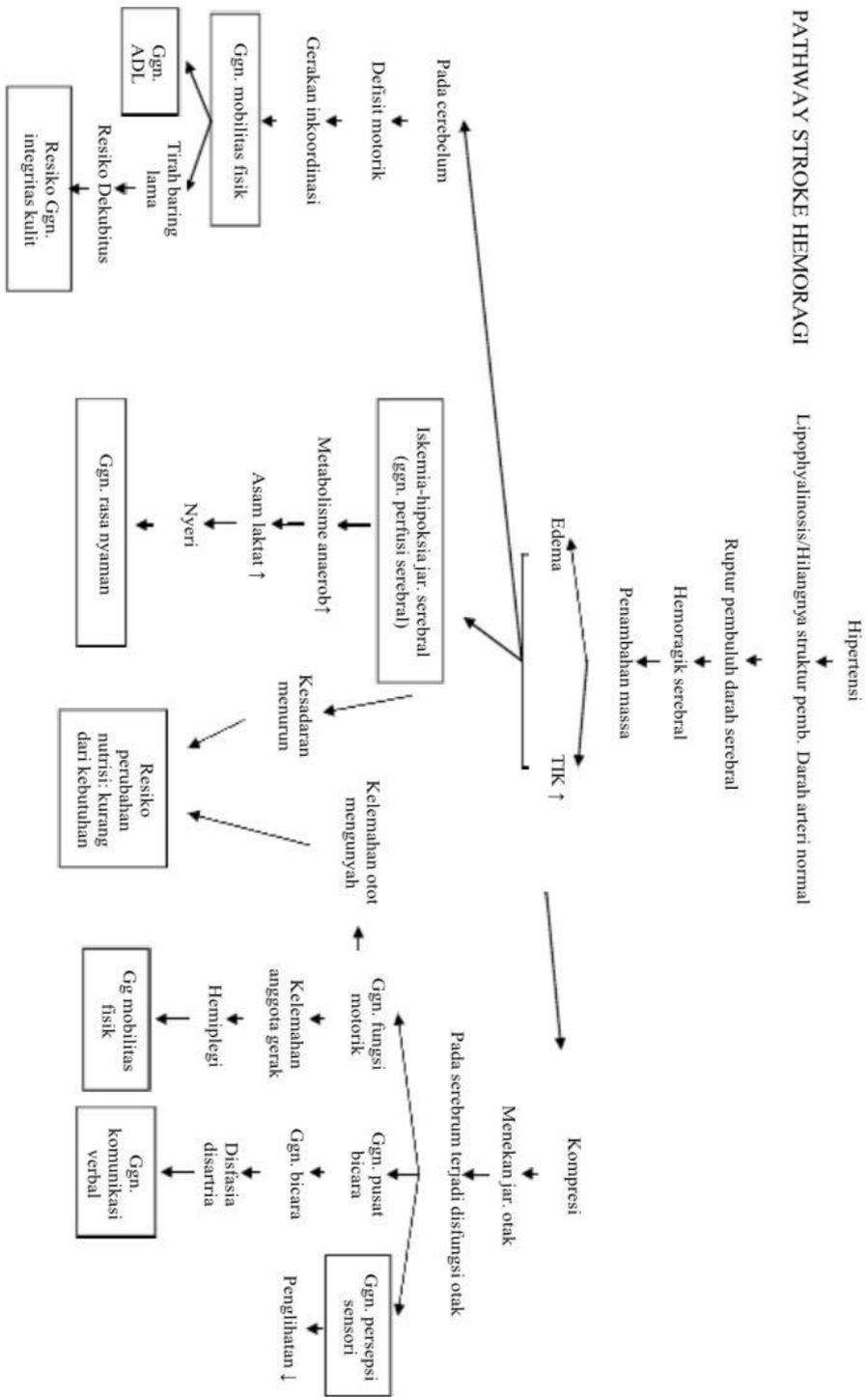
Penulis harus lebih mengembangkan ilmu pengetahuannya dalam bidang kesehatan khususnya di dalam bidang keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien stroke non hemoragik. Hal ini dilakukan dengan banyak cara seperti membaca buku, membaca literature dari jurnal atau artikel, dan melakukan update informasi yang jelas dan terbaru tentang stroke non hemoragik disesuaikan dengan perkembangan Ilmu Pengetahuan dan Teknologi (IPTEK). Penulis juga perlu meningkatkan kemampuan dalam berfikir kritis supaya dalam memodifikasi perencanaan keperawatan sesuai dengan kebutuhan pasien, dengan cara membanding setiap literature yang ada dan mencocokkan dengan keadaan atau kondisi pasien.

DAFTAR PUSTAKA

- Andra, & Yessie. (2015). KMB 1 Keperawatan Medikal Bedah (Keperawatan Dewasa). Yogyakarta : Nuha Medika.
- Bachrudin, M., & Najib, M. (2016). *Keperawatan Medikal Bedah I* (Vol. 1). Pusat Pendidikan Sumber Daya Manusia Kesehatan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Bare, B. G., & Smeltzer, S. C. (2017). *Smeltzer & Bare's textbook of medical-surgical nursing*. North Ryde, NSW : Lippincott Williams & Wilkins.
- Black, J., & Hawks, J. (2014). Keperawatan Medikal Bedah. Edisi 8. In R. Nampira (Ed.), *Elsevier*.
- Budiono, Pertami, B., & Sumirah. (2015). Konsep Dasar Keperawatan. In *Bumi Medika*. Jakarta.
- Diyono. (2016). *Keperawatan Medikal Bedah: Buku Ajar*. Prenada Media.
- Doenges. (2014). Rencana Asuhan Keperawatan : Pedoman Untuk Perencanaan dan Pendokumentasian Perawatan Pasien Edisi 3. In *EGC*. Jakarta.
- Doenges, M. E., & Yulianti, D. (2018). Rencana Asuhan Keperawatan: Pedoman Asuhan Klien Anak-Dewasa Volume 2 (Ed. 9). In *Jakarta: EGC*.
- Gao, J., Zhou, C., & Zhang, H. (2020). Mechanical ventilation in patients with acute ischemic stroke: From pathophysiology to clinical practice. *Critical Care*, 24(1), 1–14. <https://doi.org/10.1186/s13054-020-2806-x>
- Hinkle, J. L., & Cheever, K. H. (2017). *Medical-Surgical Nursing*.
- Ignatavicius, D. D., Workman, M. L., Blair, M., Rebar, C., & Winkelman, C. (2020). Medical Surgical Nursing Patient Centered Collaborative Care. In *Elsevier* (Vol. 8). Elsevier Mosby.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2018). Hasil utama Riskesdas 2018. *Badan Penelitian Dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI*.
- Keogh, J. (2019). Medical Surgical Nursing Demystified. In *McGraw-Hill Education* (Vol. 3). McGraw-Hill Education eBooks.
- LeMone, P., Burke, K. M., & Bauldoff, G. (2016). Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah. In *EGC*. Jakarta.
- Lewis, Dirksen, Heitkamper, & Bucher. (2017). *Medical Surgical Nursing* :

Assesment and Management Of Clinical Problem. Elsevier Mosby.

- Lewis, S. L., Dirksen, S. R., Heitkemper, M. M., Bucher, L., & Harding, M. M. (2014). *MEDICAL-SURGICAL NURSING: ASSESSMENT AND MANAGEMENT OF CLINICAL PROBLEMS*. Elsevier Inc.
- Nagari, E. W., Wulan, W. S., & Rahayuningsih, C. K. (2019). HUBUNGAN ANTARA KADAR NATRIUM DENGAN KADAR KALIUM DALAM SERUM PADA DIAGNOSIS GAGAL JANTUNG. *ANALIS KESEHATAN SAINS*, 5(1), 11–40.
- Oktaviono, Y. H. (2019). Perkembangan Terapi Intervensi Pada Penyakit Jantung Koroner. In *Surabaya: Airlangga University Press* (pp. viii, 135 hlm).
- Padila. (2019). *Buku ajar: keperawatan medikal bedah: dilengkapi asuhan keperawatan pada sistem cardio, perkemihan, integumen, persyarafan, gastrointestinal, muskuloskeletal, reproduksi, dan respirasi*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Ruhardi, A., Hasaini, A., Asman, A., Hariawan, H., Hardiyanti, D., Pefbrianti, D., Rosyda, R., Sutrisno, I. T., Dewi, D. S., & Mansoben, N. (2021). *TEORI KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH*. Perkumpulan Rumah Cemerlang Indonesia.
- Setiawan, P. A. (2020). Diagnosis Dan Tatalaksana Stroke Hemoragik. *Jurnal Medika Utama*, 02(01), 402–406.
- Smeltzer, & Bare. (2017a). *Textbook of Medical-Surgical Nursing* (M. Farrell (ed.)). Wolter Kluwer Health Lippincott Williams & Wilkuns.
- Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2017b). *Textbook of Medical-Surgical Nursing*. In *Wolters Kluwer Health* (Vol. 1). Lippincott Williams & Wilkins.
- Tim Pokja DPP PPNI. (2019). Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI): Definisi dan Kreteria Hasil Keperawatan (cetakan II). In *DPP PPNI*. Jakarta.
- Tsao, C. W., Aday, A. W., Almarzooq, Z. I., Anderson, C. A. M., Arora, P., Avery, C. L., Baker-Smith, C. M., Beaton, A. Z., Boehme, A. K., Buxton, A. E., Commodore-Mensah, Y., Elkind, M. S. V., Evenson, K. R., Eze-Nliam, C., Fugar, S., Generoso, G., Heard, D. G., Hiremath, S., Ho, J. E., ... Martin, S. S. (2023). Heart Disease and Stroke Statistics—2023 Update: A Report From the American Heart Association. In *Circulation*. <https://doi.org/10.1161/cir.0000000000001123>
- Wilkins, & Williams, L. (2012). *Textbook of Medical-Surgical Nursing*. In *Lippincott*. Philadelphia.



Analisa Obat

A. Citicolin

Citicolin adalah obat untuk mengatasi gangguan memori atau perilaku yang disebabkan oleh penuaan, stroke, atau cedera kepala.

Indikasi obat: Indikasi penggunaan citicolin adalah sebagai suplementasi untuk meningkatkan kemampuan kognitif pada lansia dan digunakan untuk terapi gangguan serebrovaskular, gangguan kognitif, cedera kepala.

Kontraindikasi: Kontraindikasi pemberian citicolin apabila terjadi hipertonia pada simpatis.

Efek samping: Efek samping pemberian citicolin yang mungkin terjadi dalam penggunaan obat ini adalah diare, ketidaknyamanan epigastrium, sakit perut, kelelahan, pusing, sakit kepala, ruam, hipotensi.

B. Mecobalamin

Mecobalamin adalah obat generic yang merupakan satu bentuk kimianya berupa co-enzyme dari B12.

Indikasi obat: Indikasi pemberian mecobalamin adalah gangguan pada syaraf neuropati perifer, anemia megaloblastik karena defisiensi vitamin B12.

Kontraindikasi obat: Kontraindikasi pemberian mecobalamin adalah pada penderita hipersensitivitas, serta perlu memperhatikan penggunaan methylcobalamin atau mecobalamin pada pasien dengan kondisi medis, seperti riwayat alergi terhadap methylcobalamin atau mecobalamin, menderita radang lambung.

Efek samping: Pemakaian obat umumnya memiliki efek samping tertentu dan sesuai dengan masing-masing individu. Efek samping yang mungkin terjadi dalam penggunaan obat mecobalamin adalah mual, muntah, diare, sakit perut, anoreksia, sakit kepala. Jarang reaksi hipersensitivitas mis. Ruam, dyspnea.

C. Omeprazole

Omeprazole merupakan obat untuk saluran cerna golongan penghambat pompa proton, turunan benzimidazole yang berguna untuk menurunkan produksi asam lambung.

Indikasi obat: Indikasi omeprazole di antaranya yaitu untuk ulkus lambung dan duodenum.

Kontraindikasi : Kontraindikasi omeprazole jika terjadi adanya reaksi alergi terhadap obat. Pada neonates, manfaat dan keamanan omeprazole tidak diketahui sehingga omeprazole maupun penghambat pompa proton lainnya sebaiknya tidak diberikan pada neonatus.

Efek samping: Efek samping dari omeprazole meliputi mual, muntah, sakit kepala, pusing, nyeri abdomen, rasa kembung, sakit punggung, lemas, bercak kemerahan pada kulit.

D. Pletaal

Pletaal adalah obat yang digunakan untuk mengobati penyakit pembuluh darah perifer atau penyempitan arteri (pembuluh nadi), sehingga mengurangi aliran darah ke kaki. Pletaal mengandung cilostazol sebagai zat aktifnya.

Indikasi obat: Untuk mengurangi gejala dari klaudikasio intermiten yaitu gejala nyeri pada otot yang terjadi pada aktivitas ringan (nyeri, kram, mati rasa atau rasa lelah).

Kontraindikasi obat: Hindari penggunaan pleetal pada pasien yang memiliki riwayat *hipersensitif* terhadap cilostazol, pasien yang mengalami pendarahan, penderita gangguan jantung kongestif, wanita hamil.

Efek samping obat: Efek samping yang mungkin terjadi selama penggunaan pletaal yaitu ruam, jantung berdebar, takikardia (detak jantung diatas normal), sakit kepala, pusing, mual, muntah, diare.

E. Miniaspi

Miniaspi adalah obat yang digunakan untuk mencegah terjadinya gejala penggumpalan darah atau pembekukan darah, stroke, serangan jantung, serta penyempitan darah ke otak. Kandungan dari miniaspi yaitu asam asetil salisilat.

Indikasi obat: untuk mencegah terjadinya pembekukan darah.

Kontraindikasi obat: Hindari penggunaan pada pasien yang memiliki riwayat hipersensitif pada komposisi obat, riwayat asma, tukak lambung, pendarahan yang terjadi dibawah kulit, kemahilan trimester ketiga.

Efek samping: Efek samping penggunaan miniaspi yang mungkin timbul adalah mual, muntah, iritasi pada saluran pencernaan, nyeri pada tukak lambung, ruam kulit, penurunan trombosit.

F. Amlodipine

Amlodipine adalah obat yang digunakan untuk membantu mengobati tekanan darah tinggi (hipertensi). Dengan menurunkan tekanan darah tinggi dapat membantu mencegah terjadinya stoke, serangan jantung, dan masalah pada ginjal.

Indikasi obat: Untuk mengobati tekanan darah tinggi dan nyeri dada (angina pectoris).

Kontraindikasi obat: Hindari penggunaan pada pasien dengan kondisi hipotensi berat, syok kardiogenik, dan gagal jantung infark miokard akut.

Efek samping: Efek samping dari penggunaan amlodipine yaitu mudah mengantuk, pusing, sakit kepala, bengkak pada pergelangan kaki, edema (pembengkakan karena penumpukan cairan tubuh pada bagian tertentu), muka merah, jantung berdebar, sakit perut, mual.

G. ISDN (*Isosorbide dinitrate*)

Isdn adalah obat untuk mengatasi nyeri dada (angina pectoris) akibat kurangnya pasokan darah ke jantung.

Indikasi obat: Fungsi obat isosorbide dinitrate adalah untuk mencegah dan mengobati angina (nyeri dada). Obat ini juga dapat digunakan untuk mengelola gagal jantung.

Kontraindikasi obat: Hindari penggunaan obat ini pada pasien dengan kondisi hipersensitif terhadap isosorbide dinitrate, anemia berat, syok, tekanan darah sangat rendah.

Efek samping obat: Efek samping penggunaan isosorbide dinitrate yang mungkin terjadi adalah mulas, mual, muntah, hipersensitif, pusing, sakit kepala, hipotensi berat, palpitasi (jantung berdebar), edema perifer, takikardia (detak jantung diatas normal).

H. Ambroxol

Ambroxol merupakan golongan obat keras yang sering diresepkan dokter untuk mengencerkan dahak dan melegakan saluran pernapasan. Obat

ambroxol memecah serat mukopolisakarida yang menjadikan dahak lebih tipis dan encer sehingga lebih mudah dikeluarkan ketika batuk.

Indikasi obat: Ambroxol digunakan sebagai pengencer dahak dan pelega saluran pernapasan.

Kontraindikasi obat: Tidak ada kontraindikasi yang absolut terkait konsumsi ambroxol.

Efek samping obat: Efek samping ambroxol yang umum terjadi adalah mulas, mulut atau tenggorokan kering, perubahan rasa, mual, muntah dan diare.

I. Salbutamol

Salbutamol atau albuterol adalah jenis obat yang digunakan untuk membantu mengobati penyakit asma karena alergi tertentu, asma bronkial, bronchitis asmatis (infeksi pada saluran pernapasan utama dari paru-paru atau bronkus yang menyebabkan terjadinya peradangan atau inflamasi pada saluran tersebut) dan penyakit paru obstruksi kronik (PPOK).

Indikasi obat: Salbutamol digunakan untuk membantu mengobati penyakit asma karena alergi tertentu, asma bronkial, bronchitis asmatis dan penyakit paru obstruksi kronik (PPOK).

Kontraindikasi obat: Hindari penggunaan salbutamol pada pasien yang memiliki kondisi pasien yang memiliki riwayat hipersensitif terhadap salbutamol.

Efek samping obat: Efek samping yang mungkin terjadi apabila menggunakan salbutamol adalah hipertensi, hipotensi, peningkatan keringat, reaksi alergi, infeksi saluran kemih, takikardi (detak jantung lebih cepat)

dari batas normal), nyeri dada, sakit kepala, mual muntah, kram otot, pusing, insomnia, tremor.

J. Lasix

Lasix adalah obat yang mengandung Furosemide. Lasix digunakan untuk membuang cairan berlebih didalam tubuh. Komposisi furosemide merupakan komposisi obat dengan golongan obat diuretic yang dapat digunakan untuk mengurangi cairan atau kadar garam yang berlebih didalam tubuh melalui urine serta dapat digunakan untuk mengurangi pembengkakan yang disebabkan oleh penyakit gagal jantung, penyakit hati dan penyakit kronis lainnya.

Indikasi obat: Lasix digunakan untuk mengurangi kadar garam yang berlebih didalam tubuh dengan cara dikeluarkan melalui urine, serta dapat digunakan untuk mengurangi pembengkakan yang terjadi pada penyakit gagal jantung, penyakit hati dan penyakit kronisnya.

Kontraindikasi obat: Hindari penggunaan lasix pada pasien yang memiliki penyakit Gagal ginjal akut, Hipokalemia (kadar kalium yang rendah dalam tubuh), Hiperurikemia (peningkatan kadar asam urat).

Efek samping obat: Efek samping yang mungkin terjadi selama penggunaan lasix, yaitu mual, muntah, anoreksia, iritasi mulut dan lambung, diare, sembelit, hypokalemia, hiperurkemia, hiperglekemia (peningkatan kadar gula darah), gangguan pendengaran, pusing, sakit kepala, penglihatan kabur.

K. Ceftriaxone

Ceftriaxone adalah obat antibiotic beta laktum dari golongan sefalosporin generasi ketiga yang memiliki efek bakterisidal.

Indikasi obat: Indikasi pemberian obat ceftriaxone adalah untuk mengatasi infeksi bakteri gram negatif maupun gram positif yang biasanya terjadi pada infeksi saluran pernapasan, infeksi saluran kemih, infeksi saluran cerna, infeksi kulit, infeksi tulang serta sendi, otitis media (radang telinga), kencing nanah (*gonorrhoea*), profilaksis, sebelum operasi dan meningitis.

Kontraindikasi obat: Kontraindikasi pemberian ceftriaxone pada pasien yang memiliki riwayat hipersensitivitas terhadap obat ini atau golongan obat sefalosporin lainnya, serta harus lebih diperhatikan pada penderita alergi pada penicillin karena dapat menimbulkan reaksi silang.

Efek samping obat: Efek samping pada pemberian ceftriaxone yang sering terjadi meliputi reaksi local pada area injeksi, *eosinophilia* (tingginya jumlah sel darah putih), trombositosis, diare, dan leukopenia (kekurangan sel darah putih).

LEMBAR KONSULTASI

Nama Pembimbing : Ns. Nia Rosliana M.Kep. Sp.Kep.MB

Nama Mahasiswa : Yulia Kartika Rahmawati

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Tn. M dengan Stroke Non Hemoragik di Ruang Neurologi Kamar 1102 Lantai 11 RSUD Koja Jakarta Utara

No	Tanggal	Konsultasi (saran/perbaikan)	Tanda tangan
1	06 maret 2023	Pengarahan untuk UTEK di RSUD Koja	
2	15 maret 2023	Pengambilan kasus di ruangan neurologi kamar 1102 lantai 11 RSUD Koja pasien Tn. M dengan stroke non hemoragik	
3	28 maret 2023	Bab III perbaikan sesuai koreksian dan penambahan diagnose resiko integritas kulit	
4	10 april 2023	Bab I perbaikan sesuai koreksian (penulisan kalimat, sitasi, ganti prevalensi dengan data terbaru)	
5	25 april 2023	Bab II perbaikan sesuai koreksian (penulisan kalimat, sitasi)	
6	30 april 2023	Revisi ke-2 Bab I perbaikan sesuai koreksian (jarak antar sub bab, tambahkan prevalensi RSUD Koja)	
7	8 mei 2023	Revisi ke-2 Bab II perbaikan sesuai koreksian (penulisan sitasi, penyesuaian kalimat, tulisan asing dikerik miring)	
8	15 mei 2023	Revisi ke-3 Bab I perbaikan sesuai koreksian (penulisan tujuan umum, perbaikan tulisan asing diitalik)	
9	28 mei 2023	Revisi ke-2 Bab III perbaikan sesuai koreksian (penulisan nama obat, jam obat, dosisi obat)	
10	30 mei 2023	Revisi ke-3 Bab II perbaikan sesuai koreksian (penambahan data penunjang , perbaikan diagnose, penulisan asing diitalik)	

11	02 juni 2023	Bab 4 perbaikan perencanaan, pelaksanaan, Bab 5 perbaikan sesuai koreksi judul,	
12	06 juni 2023	ACC Bab I & II, III	
13	9 juni	Bab IV perbaikan evaluasi, Bab V perbaikan kesimpulan	
14	12 juni	Acc bab IV & V	